

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE À DISTÂNCIA**



**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA ENTRE ZERO E  
SETENTA E DOIS MESES DA UBS SOLEDADE II, NATAL-RN.**

**Alana Maria Vasconcelos Parente**

**Natal, 2015**

**Alana Maria Vasconcelos Parente**

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA ENTRE ZERO E  
SETENTA E DOIS MESES DA UBS SOLEDADE II, NATAL-RN.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
a Faculdade de Medicina - Departamento de  
Medicina Social - da Universidade Federal de  
Pelotas, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

**Orientadora: Ivone Andreatta Menegolla**

Natal, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

P228q Parente, Alana Maria Vasconcelos

Qualificação da Atenção à Saúde da Criança entre zero e setenta e dois meses da UBS Soledade II, Natal-RN / Alana Maria Vasconcelos Parente; Ivone Andreatta Menegolla, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Menegolla, Ivone Andreatta, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todas as crianças atendidas e acompanhadas por mim, por serem a inspiração mais legítima desse trabalho; e à equipe multiprofissional da UBS Soledade II, a qual me acolheu calorosamente e permitiu, através de seu empenho e dedicação, a concretização desse projeto.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço especialmente a Deus pela dádiva da vida e por todas as conquistas alcançadas, possíveis tão somente pela Sua intercessão. A meus pais, irmã e namorado, pelo apoio incondicional, sendo meu porto seguro nos momentos de dificuldade e motivos da mais verdadeira alegria. A toda a equipe multiprofissional da UBS Soledade II e seus usuários, pela convivência respeitosa e aprendizado mútuo. A Universidade Federal de Pelotas, especialmente a minha orientadora, Ivone Andreatta Menegolla, pela dedicação de sempre, estímulo ao meu crescimento profissional e pessoal e pelo conhecimento adquirido. O meu muito obrigado!

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b>	Consolidado anual das famílias cadastradas por equipe/2014
<b>Figura 2</b>	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde
<b>Figura 3</b>	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida
<b>Figura 4</b>	Proporção de crianças com monitoramento do crescimento e desenvolvimento
<b>Figura 5</b>	Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade
<b>Figura 6</b>	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro
<b>Figura 7</b>	Proporção de crianças com triagem auditiva
<b>Figura 8</b>	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida
<b>Figura 9</b>	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico
<b>Figura 10</b>	Proporção crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica
<b>Figura 11</b>	Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie
<b>Figura 12</b>	Proporção de crianças com avaliação de risco
<b>Figura 13</b>	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância
<b>Figura 14</b>	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária
<b>Figura 15</b>	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta

## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

UBS – Unidade Básica de Saúde

HIPERDIA – Hipertensão/Diabetes

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

CEASI – Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso

MS – Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

C&D – Crescimento e Desenvolvimento

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

## SUMÁRIO

	<b>Pág.</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1 ANÁLISE SITUACIONAL</b>	<b>10</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da análise situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e relatório situacional	24
<b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA- PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>25</b>
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e Metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos	26
2.2.3 Metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Ações (incluindo detalhamento)	28
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística	35
2.3.4 Cronograma	42
<b>3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO</b>	<b>45</b>
<b>4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b>	<b>49</b>
4.1 Resultados	49
4.2 Discussão	58
4.3 Relatório da intervenção para gestores	60
4.4 Relatório da intervenção para comunidade	61
<b>5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM</b>	<b>62</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>65</b>



## RESUMO

PARENTE, Alana Maria Vasconcelos. **Qualificação da saúde da criança entre zero e setenta e dois meses da UBS Soledade II, Natal-RN**, 2015. 76 f.; il. Trabalho de conclusão de Curso - Especialização em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Estratégia de Saúde da Família é instrumento valioso na consolidação da Atenção Primária a Saúde, garantindo o acompanhamento de seus usuários de forma regular e sistemática. O processo de trabalho deve respeitar o preconizado pelo Ministério da Saúde, baseando-se no proposto em manuais/protocolos de atendimento individualizado. Dentre as ações programáticas realizadas, a Saúde da Criança se apresenta como modelo de atenção que prioriza a prevenção de agravos na infância e promoção da saúde. Este trabalho teve como objetivo melhorar atenção à saúde da criança de 0-72 meses na UBS Soledade II, Natal – RN. Como ferramenta metodológica, capacitamos a equipe da UBS, ampliamos o agendamento para atendimentos de C&D às crianças entre 0 e 72 meses para equipe multiprofissional (médica, enfermeira, dentista e nutricionista) e melhoramos o sistema de registro de ações e consultas realizados em Saúde da Criança. Buscamos a participação social através da Puericultura Coletiva e estímulo à organização de brinquedoteca na UBS. Buscamos, assim, desenvolver ações dentro dos eixos de Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica. Como resultados, alcançamos a cobertura de 43,8% da população de crianças entre 0 e 72 meses residentes em área adscrita. No primeiro mês tivemos uma cobertura de 11,5% (11 crianças) e no segundo de 34,4% (33 crianças). Das crianças avaliadas, 100% tiveram seu crescimento e desenvolvimento acompanhados de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Entre as ações programáticas, alcançamos 97,6% de crianças com vacinação atualizada, 59,1 % de crianças entre 6 e 24 meses com suplementação de ferro, 100% de alcance de testes de triagem neonatal (teste do pezinho e avaliação auditiva). Em relação aos atendimentos, 83,3% com primeira consulta realizada na primeira semana de vida pela enfermeira/médica e 100 % de crianças entre 6 e 72 meses foram avaliadas com consulta nutricional e odontológica. Dessa forma, a intervenção realizada alcançou seu objetivo de melhorar a atenção à saúde das crianças na UBS Soledade II. Pretendemos dar prosseguimento as medidas adotadas e qualificar cada vez mais o cuidado à criança em nosso serviço.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho é resultado da intervenção realizada no programa de Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde (UBS) Soledade II do município de Natal-RN.

Inicialmente, é apresentada uma breve análise sobre a situação da Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia em Saúde da Família (ESF) do município e da Unidade de Saúde, descrevendo aspectos importantes tais como infraestrutura, recursos humanos e organização do trabalho, além das ações desenvolvidas e serviços prestados à comunidade. A partir disso, foi possível identificar o foco de intervenção, de tal forma que as fragilidades encontradas fossem superadas. O Capítulo seguinte deste volume trata da Análise Estratégica – projeto de intervenção, no qual se descreve os passos da intervenção. O delineamento do projeto propõe a determinação dos objetivos e metas da ação, a metodologia a ser empregada, a logística e o cronograma para cumprimento daquilo que foi proposto.

A seguir, é apresentado o relatório de intervenção, tratando daquilo que se conseguiu colocar em prática, considerando as dificuldades encontradas durante a implementação do projeto e a forma como o serviço se adequou para acolher as mudanças propostas pela ação programática de atenção à Saúde da Criança. Em seguida, expõem-se a análise e discussão dos resultados da intervenção - a avaliação da intervenção. A reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem finaliza o conteúdo deste volume, evidenciando o que ficou de mais marcante na experiência como médico de família e comunidade.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A UBS Soledade II localiza-se na Zona Norte do município de Natal-RN, área urbana que apresenta uma população mais carente, com uma maior limitação de acesso aos serviços de saúde. A comunidade adscrita é predominantemente residencial, estando inseridos espaços locais como creches, escolas e igrejas.

A unidade apresenta em seu quadro de profissionais quatro equipes de saúde completas (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde - ACS, odontólogo e auxiliar de saúde bucal), cada uma responsável por uma área de aproximadamente três mil pessoas. Contamos ainda com nutricionista da ESF e estagiários de fisioterapia supervisionados por profissional da área, os quais atendem a população local através de convênio firmado com universidades do município.

O vínculo dos profissionais com a população é muito bom. Os profissionais são verdadeiramente interessados em melhorar a prestação de serviço à saúde local e são sensíveis às dificuldades das famílias na comunidade. Por ser um bairro tranquilo, a interação se mostra facilitada, conseguindo-se o engajamento dos usuários em muitas atividades coordenadas pela UBS.

Quanto à estrutura física, enumeram-se problemas diversos, a começar pela superlotação da UBS: em março de 2014, o espaço físico estava sendo compartilhado com profissionais da UBS Soledade I, uma vez que esta última foi interditada para reformas no ano passado, não tendo sido entregue à população. Apesar do espaço de médio porte, existe dificuldade com o número de salas para atendimento de todos os profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas), levando à adoção de posturas que comprometem os direitos do nosso usuário, tais como consultórios compartilhados por mais de um profissional (prejudicando a abordagem ao paciente, sua intimidade e sigilo) e espaços improvisados para atendimento (sala de reunião transformada em consultório).

Os problemas com a estrutura física não se resumem ao número de cômodos. Ultimamente, foram observados vazamentos da caixa d'água com infiltração no revestimento, buracos no assoalho e paredes (preenchidos com

tecidos ou espumas) e infestação por baratas. A diretoria da UBS está tomando as providências, tendo sido feito um relatório descrevendo os problemas locais para ser enviado aos gestores municipais e as reformas pontuais estão sendo realizadas para permitir condições mínimas para atendimento. A dedetização está sendo planejada. O intuito da direção local e dos profissionais é que seja aprovado um projeto de manutenção da estrutura física do posto (revisão de caixa d'água, dedetizações periódicas, entre outros) para evitar comprometimento importante das atividades, prejudicando nossos servidores e usuários.

Outra fragilidade encontrada nessa UBS se refere ao desabastecimento da farmácia do posto. A lista de medicação atual, para disponibilização à comunidade, consta com cerca de 20 medicações. Faltam remédios básicos, inclusive para ações programáticas desenvolvidas na UBS, como o programa HIPERDIA (Hipertensão/Diabetes). Anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, antibióticos, sintomáticos... Todas as classes de medicamentos são extremamente limitadas, o que prejudica muitas vezes a adesão dos pacientes, uma vez que tratamos com pessoas menos favorecidas financeiramente.

Estas foram algumas das dificuldades observadas inicialmente. Cabe ressaltar que o problema não é de agora: nossa população está tendo seus direitos à saúde (como explicitado em Carta de Direitos dos usuários da saúde) renegados há bastante tempo. Já na primeira semana de trabalho nessa UBS, recebemos a visita de fiscalização do Conselho Regional de Medicina, o qual havia recebido denúncia por superlotação e infraestrutura inadequada.

Acredito que foi bastante válida a fiscalização: os serviços à população não devem funcionar de qualquer jeito. Não se brinca com direitos e deveres. Temos que zelar pelo o que é nosso e garantir aos usuários o melhor serviço que pode ser concedido.

## **1.2 Relatório da análise situacional**

A atenção primária corresponde a um setor da saúde de importância fundamental na assistência à população, uma vez que possibilita a avaliação do processo saúde-doença de forma mais abrangente: o indivíduo e o meio no qual ele convive são foco de observações e intervenções. No entanto, é necessário que os profissionais e gestores envolvidos apoderem-se da realidade local, conheçam os instrumentos disponíveis para aplicação de projetos e iniciativas e possam, a partir

disso, gerar um panorama geral do que deve ser trabalhado, em conjunto com a comunidade local. Considerando isso, abordaremos, a seguir, alguns pontos que foram avaliados na UBS Soledade II, na qual estou alocada.

A UBS Soledade II localiza-se na cidade de Natal-RN. Nosso município tem uma população de 853.929 habitantes (dados do IBGE, 2013), sendo a cidade mais populosa do estado do Rio Grande do Norte. A cidade é dividida em cinco zonas distritais de saúde: Zona Sul, Zona Leste, Zona Oeste, Zona Norte 1 e Zona Norte 2, cada uma contando com diversos serviços na rede de assistência à Saúde. Temos 55 unidades de saúde funcionando, sendo 37 cadastradas como unidades de saúde da família e 18 unidades tradicionais. Contamos com dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Dispomos de serviços municipais cadastrados para o fornecimento de exames complementares (centros de saúde), atenção especializada e serviço hospitalar, distribuídos da seguinte forma:

- Zona Sul: Policlínica Neópolis
- Zona Leste: Policlínica Dr. Carlos Passos
  - Centro Clínico Odontológico Morton Mariz
  - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III
  - CAPS II
  - Centro Referência em Saúde do Trabalhador
  - Centro Especializado de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI)
  - Hospital dos Pescadores
- Zona Oeste: Policlínica Cidade da Esperança
  - CAPS I
  - CAPS II
  - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
  - Unidade Mista da Quintas
  - Unidade Mista Felipe Camarão
  - Pronto Atendimento Infantil Dra. Sandra Celeste
- Zona Norte 1: Unidade de Pronto atendimento (UPA) Ruy Pereira
- Norte 2: Clínica Odontológica Infantil I
  - CAPS II Norte
  - Policlínica Asa Norte

## Hospital e Maternidade Professor Leide Morais

### Centro de Controle de Zoonoses

Além desses, também dispomos de outros Serviços de Saúde (a exemplo do hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Hospital Giselda Trigueiro) e serviços associados à Universidade (Maternidade Januário Cicco, Hospital Universitário Onofre Lopes), que também fazem parte da rede de atenção à saúde em seus diversos níveis.

Após descrever como se organiza a rede de atenção à Saúde em nosso Município, torna-se essencial conhecer, de forma mais detalhada, o funcionamento da Unidade de saúde em que trabalho.

A UBS Soledade II situa-se no distrito Norte 2 (zona urbana), cadastrada como Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Apresenta uma população adscrita de 12.521, acompanhada por 04 equipes de saúde, representando uma média de 3.100 habitantes por equipe (dentro do recomendado pelo Ministério da saúde para uma ESF). Todas as equipes apresentam a seguinte composição: médico (1), enfermeiro (1), dentista (1), auxiliar de saúde bucal (1), técnicos de enfermagem (1-2) e agentes comunitários de saúde (4-6). Além das equipes de ESF, também contamos com uma nutricionista, a qual atende a demanda de todas as equipes e orienta um grupo de estagiários de nutrição durante as atividades; e estagiários de fisioterapia, que prestam serviços à população, tais como orientação e correção postural e reabilitação de pacientes acamados. Esses estagiários estão vinculados a Universidades/Faculdades locais, sendo um exemplo de como a integração da ESF com instituições de ensino de nível técnico e superior é positivo para ambos os serviços.

Em se tratando de integração, é consenso que a Atenção Primária se fortalece com a articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde (Atenção Secundária e Terciária), com a articulação dos diversos poderes (nacional, estadual e municipal) e com a articulação dos componentes dentro da própria unidade (usuários, gestores e profissionais). Na UBS Soledade II, a equipe de saúde trabalha com um grande entrosamento, cruzando informações constantemente a respeito dos pacientes e dificuldades apresentadas. Médicos, enfermeiros e odontólogos realizam consultas agendadas e atendimento à demanda, além de visitas domiciliares regulares e participação em palestras e atividades educativas. Os técnicos de enfermagem fazem o preparo dos pacientes, participam das visitas

domiciliares e realizam procedimentos como troca de curativos e aplicação de vacinas. Os agentes comunitários de saúde, por serem moradores da própria comunidade, fazem o contato necessário entre a UBS e o usuário e participam das visitas e de projetos sediados na própria unidade, como o grupo de artesanato, fortalecendo ainda mais o vínculo entre os moradores e o serviço de saúde.

Apesar da boa comunicação entre os profissionais, existem pontos relevantes a serem trabalhados. Um deles é a falta de registro de muitos procedimentos realizados na unidade. Recomendações do Ministério da saúde (MS) são seguidas de forma não protocolada, apenas através de orientações, abrindo espaço para falhas e dificuldades de avaliação dos programas.

Alguns dados de mapeamento de área também se encontram prejudicados, principalmente pela falta de atualização de dados (gestantes da área, menores de 2 anos de idade, hipertensos, diabéticos, idosos). Para resolver tais dificuldades, é necessário que a equipe como um todo compreenda que o registro das ações feitas é o que nos permite avaliar e saber a real eficácia das ações na comunidade para que, só a partir disso, possamos manter ou encontrar soluções para melhorias. Para facilitar a coleta dessas informações, seria de grande valia a existência de um registro em separado (não apenas em prontuário) dos pacientes que se enquadram em cada programa efetuado no posto, permitindo uma melhor visão da cobertura do mesmo.

Como citado anteriormente, além das consultas agendadas, o acolhimento é uma prática diária na UBS em que trabalho, estimulada pelos gestores locais e praticadas pelos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e odontólogos. Temos fichas agendadas todos os dias e espaço para o acolhimento. Não dispomos de uma triagem organizada de pacientes de acolhimento, pautada em classificação de risco, o que por vezes dificulta o trabalho. Os pacientes do acolhimento passam geralmente pelo técnico de enfermagem, o qual realiza o preparo, ou falam diretamente com a enfermeira, sendo passado para os profissionais requisitados pelo motivo da consulta. A importância do acolhimento no serviço de Atenção Primária já foi, inclusive, motivo de uma das reuniões de equipe, o que reflete a preocupação no atendimento não agendado.

Não trabalhamos com excesso de demanda espontânea na UBS. Acredito que, em parte, isso se justifica pela proximidade de um hospital de urgência de grande porte, com serviços de clínica médica, pediatria e maternidade, sendo prático

procurar um serviço que atenda a demanda espontânea, além de permitir a realização de exames complementares necessários e já disponíveis no mesmo espaço onde consultam.

Um ponto importante a ser observado na assistência à saúde de nossa comunidade é como a unidade básica encontra-se fisicamente e se essa estrutura é capaz de atender às necessidades dos profissionais que ali trabalham e aos direitos dos pacientes ali assistidos. Apesar de existirem recomendações e orientações a serem seguidas, ainda trabalhamos em estruturas aquém da normatizada, prejudicando o bom funcionamento do Sistema único de Saúde (SUS). Minha unidade de saúde apresenta diversas irregularidades: desde reduzido espaço físico (sala de espera e consultórios pequenos, salas compartilhadas), espaços primordiais na Atenção Básica sem condições de atendimento (é o caso da nossa sala de curativos, muito pequena e, no momento, interditada) e ausência de manutenção da estrutura física e de dedetização (o que nos mantém a mercê de infestação de insetos), prejudicando imensamente a assistência à saúde por ir contra critérios básicos de limpeza e higiene. Estão presentes inúmeras barreiras arquitetônicas: ausência de corrimão, calçadas desniveladas, falta de sinalização dos ambientes, entre outros, o que prejudica o acesso de muitos de nossos pacientes, principalmente idosos com dificuldade de locomoção e cadeirantes.

Além de problemas de ordem de estrutura física, também é evidente a péssima disponibilidade de equipamentos e medicamentos. Falta-nos o básico, inclusive para os programas de acompanhamento, como o HIPERDIA e pré-natal. São escassos os antibióticos, analgésicos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, sulfato ferroso e ácido fólico. E não dispomos de material para pequenas cirurgias, esterilização e nebulização.

Todas essas falhas repercutem diretamente na qualidade do nosso trabalho, mas é possível modificá-las. Para isso, dispomos de um documento do Ministério da Saúde que registra os pontos estruturais que devem ser respeitados em um espaço de prestação de serviço de saúde, o qual nos orienta e funciona como instrumento de cobrança às autoridades responsáveis. E todos podem e devem participar desse processo: com embasamento teórico das condições estruturais ideais e insumos essenciais, estamos aptos a compartilhar este conhecimento com a comunidade (fazendo-os cientes também de seus direitos) e com nossos gestores, buscando soluções aos problemas e, a partir de então,



direcionar de forma mais eficaz os investimentos existentes, sempre priorizando o acesso e a segurança dos nossos usuários e profissionais (contemplando a redução das barreiras arquitetônicas e a integridade do prédio) e garantindo dispensação de medicação, especialmente ao tratarmos de áreas de periferia social, em que a população encontra grande dificuldade financeira em custear seu tratamento.

Após avaliar de forma detalhada a estrutura da UBS e o seu funcionamento, iremos analisar, de forma pormenorizada, os diversos programas de acompanhamento prestados no serviço, no intuito de prevenir agravos à saúde em faixas de maior fragilidade/susceptibilidade ou, na presença do agravo, evitar suas complicações. Para entendermos seu impacto sobre a comunidade assistida é necessário que conheçamos sua população, quais grupos predominam e qual a melhor forma de lidar com suas necessidades.

Como já citado anteriormente, a população adscrita à UBS Soledade II é de 12.521 pessoas, totalizando cerca de 3.100 habitantes por equipe de ESF. Destes, 5736 são homens e 6785 são mulheres, distribuídos por faixa etária e sexo como apresentado na figura 1, extraída do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

SEXO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREA						TOTAL
		26	27	32	33			
MASCULINO	<1	5	19	15	10	0	0	49
	1 a 4	44	80	42	57	0	0	223
	5 a 6	28	42	29	51	0	0	150
	7 a 9	58	54	41	61	0	0	214
	10 a 14	109	112	82	108	0	0	411
	15 a 19	124	145	102	132	0	0	503
	20 a 39	485	537	520	544	0	0	2086
	40 a 49	251	189	189	195	0	0	824
	50 a 59	191	130	130	122	0	0	573
	60 e mais	167	179	205	152	0	0	703
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>1462</b>	<b>1487</b>	<b>1355</b>	<b>1432</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5736</b>
FEMININO	<1	16	25	16	13	0	0	70
	1 a 4	39	80	56	43	0	0	218
	5 a 6	33	37	28	47	0	0	145
	7 a 9	51	63	52	49	0	0	215
	10 a 14	102	98	105	98	0	0	403
	15 a 19	139	128	117	145	0	0	529
	20 a 39	578	575	601	627	0	0	2381
	40 a 49	237	226	244	257	0	0	964
	50 a 59	285	221	203	159	0	0	868
	60 e mais	255	257	284	196	0	0	992
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>1735</b>	<b>1710</b>	<b>1706</b>	<b>1634</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6785</b>
<b>TOTAL</b>		<b>3197</b>	<b>3197</b>	<b>3061</b>	<b>3066</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12521</b>

**Figura 1 Consolidado de famílias cadastradas por equipe, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

Ao analisar o quadro, é possível perceber que lidamos com uma população em que predomina adultos jovens, poucas crianças menores de 01 ano de idade e uma quantidade importante de idosos.

Em relação à atenção à Saúde da Criança, nossa UBS realiza acompanhamento regular de crianças entre 0 – 24 meses, dentro do programa de puericultura (ou Crescimento & Desenvolvimento - C&D). As consultas são realizadas pela enfermeira em dois turnos da semana. Em caso de alterações no crescimento e desenvolvimento infantil, são encaminhadas para avaliação e acompanhamento pelo médico, que dispõe de 01 turno na semana para saúde da Criança. Entre 0 – 12 meses, as consultas são mensais; entre 12 – 24 meses, trimestrais. Atualmente, contamos com 99 crianças em acompanhamento na UBS, o que representa 54% de cobertura estimada pelos Cadernos de Ações Programáticas do curso. Não temos registro de quantas crianças realizam o C&D em outros serviços. Considerando apenas a porcentagem encontrada, percebe-se que a cobertura desse programa em nossa UBS ainda é bastante deficitária, refletindo um comprometimento do cuidado dessa população.

Apesar do acompanhamento realizado, poucos dados são registrados a respeito da puericultura, o que dificulta a avaliação da qualidade da atenção realizada de acordo com os parâmetros do MS. Estes dados são: número de crianças com vacinação em dia (91 crianças) e avaliação quanto ao peso ao nascer. Também é contabilizada a frequência de agravos à saúde notificáveis nessa população, a exemplo da doença diarreica. A falta de registro impossibilitou uma melhor avaliação do programa implantado (atraso nas consultas? Orientação quanto ao aleitamento materno? Realizado teste do pezinho em tempo hábil?). Tal falha já foi tema discutido em reunião, na qual foi solicitado um melhor registro de consultas e condutas adotadas no acompanhamento dessa faixa etária. Outros pontos a serem trabalhados é a orientação das mães ainda no pré-natal sobre a importância de se realizar a puericultura, no intuito de aumentar sua procura pelo serviço da UBS. A busca ativa dos agentes de saúde e a visita domiciliar na primeira semana de puerpério é outro momento adequado para essa conscientização, ações que, até então, encontravam-se deficientes em nossa UBS, mas estão sendo implementadas como rotina em nosso serviço.

Em relação ao Pré-natal, foram computadas apenas 54 gestantes na área adscrita, resultando em um indicador de cobertura de 29%. Tal número de gestantes está bem abaixo do estimado pela população total nos cadernos de ações programáticas, o que pode ser interpretado como deficiência no registro de gestantes na área que não são acompanhadas nos postos e cujos ACS não tomam

ciência. Apesar da baixa cobertura, é realizado um bom registro de informações do pré-natal das gestantes acompanhadas, com indicadores de qualidade entre 80 e 100%. Além disso, há captação tardia da gestante, uma vez que cerca de 20% inicia o pré-natal após o primeiro trimestre. Seguem abaixo alguns de nossos dados: o número de gestantes com consultas em dia era 48 (88%); com calendário vacinal em dia 53 (98%); 44(81%) gestantes que iniciaram o pré-natal no 1 trimestre e o número de gestantes com menos de 20 anos era 8 (15%).

Na primeira consulta de pré-natal, além da solicitação de exames necessários (sorologias, bioquímica, ultrassonografia obstétrica), prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso e exame físico, todas as gestantes são orientadas quanto à importância do aleitamento materno e orientadas quanto à dieta adequada e qualidade de vida. Infelizmente, não dispomos de índice a respeito da cobertura quanto à solicitação e realização em tempo dos exames solicitados para essas gestantes, o qual é essencial na avaliação da efetividade do programa, por prejudicar possíveis intervenções necessárias em tempo hábil.

Além disso, essas gestantes são encaminhadas diretamente para consulta com a dentista da área, apesar de não termos tal dado registrado para formulação de índices de saúde (saúde bucal em gestantes). Ao fim da consulta, já são agendadas para próxima consulta. Esse agendamento muda com o avançar da gravidez: acompanhamento mensal até 36 semanas, quinzenal de 36 a 40 semanas e semanal a partir de então. Outra deficiência em nossa atenção ao pré-natal é a não realização de exame ginecológico das gestantes como rotina, sendo este realizado após consulta com especialista na presença de queixas associadas, pois não disponho de material para sua realização (foco de luz, espécuro), que já foi solicitado em várias reuniões com a equipe, mas ainda não foi disponibilizado.

Outro programa de grande importância na atenção primária refere-se à saúde da mulher, trabalhada em nossa unidade de saúde em um turno da semana. E dentro dessa ampla área da medicina, destacamos o monitoramento e prevenção do Câncer de colo de útero e do Câncer de mama.

Sabe-se que se recomenda a realização de Citologia oncótica como triagem do Câncer de colo de útero em mulheres entre 25 e 65 anos. O exame inicialmente deve ser feito de forma anual. Em caso de 03 resultados consecutivos sem alteração, pode passar a ser realizado de 3 em 3 anos. O acesso a esse exame e o registro de periodicidade e resultado da coleta, portanto, são fundamentais para o

bom acompanhamento dessas mulheres e para verificar a eficácia de programa. Infelizmente, não foi possível fazer qualquer tipo de avaliação quanto à cobertura do programa de prevenção ao Câncer de Colo de útero na Unidade Básica em que trabalho por falta de dados registrados. Não disponho do número de pacientes na faixa etária recomendada para rastreamento do Câncer de colo de útero e de nenhuma outra informação relacionada (população cadastrada, quantas fazem acompanhamento regular, quantas são orientadas a respeito do câncer citado, quantas apresentam fatores de risco para o seu desenvolvimento, quantas apresentam exames alterados).

Em minha UBS, o exame citopatológico é realizado apenas por uma enfermeira, para uma população de mulheres entre 25 e 64 anos estimada de 3150, de acordo com o caderno de ações programáticas. Apesar de não termos o dado da população alvo em minha UBS, percebe-se (inclusive na prática) que não estamos preparados para oferecermos um serviço adequado para esse rastreamento. E essa preparação envolve falta de profissional qualificado e estrutura física. No meu pouco tempo de trabalho nessa UBS, a maioria dos preventivos (cerca de 80%) aparece com amostra de material insatisfatória (apenas células escamosas). A falta de estrutura física é outro problema. Não há sala para realização do preventivo. Ele é realizado 1x/semana, em um turno, aproveitando uma sala naquele turno disponível.

As orientações e indicações de citopatológico são feitas de forma oportunista, aproveitando a ida da paciente ao posto. Por não termos um registro dessa população, não há no momento como identificar essas mulheres para busca ativa e monitoramento constante, sem as devidas mudanças organizacionais necessárias, que seriam: organização de registros na UBS de forma a possibilitar a coleta de dados para avaliação de índices de cobertura e atividades de busca ativa, capacitação de profissionais para realização do exame, reorganização das agendas dos profissionais para possibilitar disponibilidade de consultório para realização do exame.

Além do rastreio ao câncer de colo uterino, outra importante medida de saúde coletiva é o rastreio de Câncer de mama, que deve ser iniciado a partir dos 40 anos de idade, com exame clínico anual e, entre 50-69 anos, com mamografia bianual mais exame clínico. Para avaliação da cobertura e eficácia do programa, também são necessários registros da população alvo e da frequência de consultas e

solicitação de exames e resultados encontrados. Porém, não dispomos dessas informações.

Com a falta desses registros, não se faz um programa de Saúde da Mulher adequado, pois nossas orientações, exame clínico e solicitações de exames são feitos de forma oportunista, de acordo com a procura da paciente ao posto (seja com intenção de acompanhamento para saúde da mulher ou por causas outras, sendo investigada sua adesão ao rastreamento), não havendo como avaliar nossa cobertura. É necessário, inicialmente, encontrar um meio adequado de registro (atualização e registro da população alvo de ambos os programas pelos agentes de saúde) para seguirmos com ações como criação de relatório de pesquisa para saúde da mulher. Uma ideia seria a confecção de caderneta da mulher para acompanhamento pelos profissionais e pela própria paciente, possibilitando melhor adesão e monitorização dos programas.

Uma das principais estratégias em Atenção Primária em Saúde realizadas em nossa unidade é o programa HIPERDIA, voltado ao acompanhamento regular de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes, entidades nosológicas de elevada frequência mundialmente, caracterizadas por evolução silenciosa e associadas à alta morbimortalidade quando não controladas, seja por complicações inerentes ao próprio avançar da doença, seja por sua forte ligação a eventos vasculares (acidente vascular encefálico, doença coronariana, doença vascular periférica).

A manutenção de um programa que permita a constante avaliação desses pacientes reduz drasticamente desfechos negativos sobre a saúde do indivíduo. O exame físico periódico, revisão de medicações em uso, pesquisa de lesões em órgãos-alvo e orientação e promoção à saúde para redução de fatores de risco modificáveis (dieta adequada, perda ponderal, exercícios físicos regulares) são instrumentos essenciais na prevenção de agravos em pacientes com tais comorbidades.

Parcela significativa da população adscrita ao posto de saúde em que trabalho é portadora de pelo menos uma dessas condições. Tal fato se explica pelo elevado número de pacientes pertencente a uma faixa etária mais avançada, o que eleva a prevalência de HAS e diabetes. De acordo com os registros mais atualizados da UBS Soledade II (dados do primeiro quadrimestre de 2014), o número de hipertensos cadastrados na área da unidade é de 1285, sendo acompanhado no

programa HIPERDIA da unidade um total de 811 (31% segundo os dados dos cadernos). Já o número de diabéticos cadastrados na comunidade local é de 379 indivíduos, sendo acompanhados no programa HIPERDIA da unidade um total de 258 (35% pelos dados dos cadernos). É possível perceber que os números encontrados estão bem abaixo do estimado pelo caderno de ações programáticas, o que pode indicar que muitos de nossos hipertensos e diabéticos ainda não foram diagnosticados e, portanto, não estão inclusos no programa.

Desses números, é possível realizar uma análise inicial. Do total de hipertensos cadastrados, 63% são acompanhados pela UBS; do total de diabéticos cadastrados, 68% são acompanhados pela UBS. Tais índices podem indicar ainda que esses pacientes fazem acompanhamento em outros centros clínicos (plano de saúde, particular) ou existe uma falha de adesão que deve ser estudada pela equipe (dificuldade de acesso? Falta de orientação a respeito da doença e suas repercussões?). Como já citado, tanto a HAS como o diabetes são doenças de curso silencioso, que culminam em lesões de órgãos alvos severas e muitas vezes incapacitantes ou letais. Enquanto assintomáticos muitos pacientes não procuram um acompanhamento adequado por julgar não ser necessário, o que contribui para a evolução da doença. Preconiza-se que o acompanhamento desses pacientes se realize de forma trimestral, sendo o mesmo reavaliado clinicamente e realizada revisão de medicação em uso. Exames complementares para avaliação de lesão de órgãos alvos também são solicitados de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde e condição clínica do paciente. Ao sair da consulta, os pacientes são orientados a retornar 1-2 semanas antes do fim da medicação (dispensada para 03 meses) para agendar nova consulta, a qual deve ser garantida pela equipe de saúde. A falta de agendamento imediato do HIPERDIA por vezes prejudica um acompanhamento mais eficiente, pois favorece a evasão. Outro ponto negativo a ser mencionado diz respeito à falta de registro específico para o programa, que facilite a uniformização de condutas e avaliação da regularidade das mesmas. Solicitação de exames, encaminhamentos a especialistas (oftalmologistas para avaliação de retinopatia hipertensiva/diabética, por exemplo) são informações que ficam registradas apenas em prontuários (manuscritos, guardados em pastas por família, susceptível a perdas dentro da UBS), dificultando a avaliação do programa por parte dos profissionais (em minha UBS, os médicos, são os únicos profissionais com consultas regulares para este grupo) e pelo próprio paciente. A deficiência de

registro é tão notória que não é possível gerar outro índice a respeito do HIPERDIA (consultas em dia/ exames em dia/ orientação sobre nutrição e exercícios/ avaliação do exame clínico), excetuando-se o número de pacientes cadastrados, comprometendo a avaliação dos indicadores de qualidade do programa.

Não se fazia registro em prontuário de escore de risco cardiovascular do paciente (a exemplo do escore de Framingham), outro ponto que deve ser reavaliado para análise global desses pacientes. Esse estudo deve ser feito pelo profissional no momento da consulta e incorporada na rotina de atendimento a esses pacientes. Apesar dessas deficiências citadas, outras ações são desenvolvidas no espaço da UBS que são bastante elogiadas e frequentadas pelos pacientes do HIPERDIA, como o grupo de caminhada e a possibilidade de avaliação nutricional (por demanda) no posto de saúde.

Finalizando os programas de Atenção Primária, não podemos esquecer da Saúde do Idoso, área da medicina que vem ganhando importância nas últimas décadas no Brasil pela alteração progressiva de nossa pirâmide demográfica, caracterizada pela redução de natalidade e aumento da expectativa de vida. Uma maior participação dessa faixa etária em nossa população traz consigo pontos que estão bastante associados à senilidade: um aumento das comorbidades, o uso de múltiplas medicações e suas consequências (interação medicamentosa, efeitos adversos), a mudança no papel socioeconômico e familiar, a sexualidade em uma nova fase (redução de hormônios sexuais, a visão da sociedade acerca do tema), adoecimento, perdas e luto de conhecidos, entre outros.

De acordo com os registros de minha UBS, temos uma população de idosos (idade maior que 60 anos) de 1695 pessoas, maior do que o estimado para a população total (de acordo com o Caderno de ações programáticas, seria 1354), o que sugere que realmente trabalhamos com uma população mais envelhecida, dado que traz consigo todas as repercussões do trabalho em saúde nesse grupo populacional: rastreio de agravos significativos (câncer de mama, câncer de próstata, etc), alta prevalência e necessidade de acompanhamento de Hipertensão, Diabetes e suas complicações, atenção à saúde mental e avaliação global do idoso, além da importância das orientações quanto à regularidade dos exercícios físicos, dieta equilibrada e manutenção de qualidade de vida. O fato de trabalharmos com uma população mais envelhecida também explicaria, em parte, os dados

encontrados para gestantes e puericultura, por exemplo, que deram abaixo do esperado.

Infelizmente, não temos registro da forma como é conduzido o acompanhamento desses idosos. Além da falta de documentação, é perceptível que o acompanhamento dos idosos em minha UBS ainda é bastante deficiente. Temos o acompanhamento pelo HIPERDIA, visitas domiciliares e avaliação e orientação postural com fisioterapeuta, que englobam em sua maioria pacientes acima dos 60 anos. Não temos um programa específico voltado para este grupo, fazendo com que seu acompanhamento ou esteja associado a outros grupos ou ocorra de forma oportunista. Como mencionado, trabalhamos com grupos de apoio na UBS, como grupos de caminhada e grupos de artesanato, que são muito valorizados e frequentados pelos idosos da área, contribuindo para a sua saúde física e mental. Porém nos falta uma maior assistência à avaliação global do idoso em nossa prática clínica. Foi solicitado à UBS as cadernetas do idoso, e somente agora iniciaremos a entrega desse instrumento para um melhor acompanhamento pelos profissionais (médico, enfermeiro, nutricionista) e pelo próprio paciente e familiares.

É importante percebermos essas deficiências para podermos tomar decisões a respeito. Além da chegada e utilização da caderneta do idoso, a necessidade de melhor registro deve ser repassada a todos os profissionais que realizam o atendimento a esse grupo populacional, para que possamos gerar documentos para melhor avaliação dessa população. O preparo desses profissionais ao atendimento dos idosos também deve ser constantemente atualizado, para não negligenciarmos o cuidado a essa parcela naturalmente frágil e tão expressiva em minha área de atuação.

Com isso, finalizo a avaliação situacional da Unidade Básica de Saúde Soledade II. As deficiências encontradas foram muitas, sendo os desafios mais marcantes a melhoria da estrutura física de nossa unidade, tanto o projeto arquitetônico como a deficiência de insumos, pois trata-se de uma falha que não depende exclusivamente do trabalho das equipes e profissionais locais. Relatórios são enviados, pedidos são solicitados, porém necessitamos da colaboração de nossos gestores para que se estude, em conjunto com os profissionais e comunidade (e aqui entraria a recomendação de formação de um conselho de saúde local, inexistente até então), a melhor forma de direcionamento e aplicação de verbas que são repassadas para esse fim. Outro ponto que deve ser melhorado diz



respeito à adoção de um sistema informatizado, que auxilie em um melhor registro das ações ocorridas e condutas em nossa prática clínica. Só a partir disso, será possível uma avaliação real da eficácia de nossa Atenção Primária à Saúde.

Para isso, já contamos com uma equipe de profissionais bastante engajada e preocupada em servir de forma satisfatória os nossos usuários. Somos submetidos frequentemente a programas de especialização em diversos assuntos e temas da Saúde Comunitária, o que demonstra um interesse na melhoria dos serviços prestados. O preenchimento dos questionários fortaleceu ainda mais o empenho por melhorias. Consolidou-se uma visão crítica embasada em recomendações do Ministério da Saúde, as quais devem ser respeitadas para o pleno desenvolvimento de nossas ações e o suprimento das necessidades e direito à saúde de todos, conforme protegido por Constituição Federal.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e relatório situacional**

Após avaliação situacional, é perceptível a apropriação de conhecimento e visão crítica, fundamentada através das leituras dos Cadernos de Atenção Básica, preenchimento de questionários e do Caderno de Ações Programáticas e discussão com outros profissionais da equipe de Estratégia de Saúde da Família. Os dados coletados fortalecem a avaliação e a torna um verdadeiro instrumento de transformação da realidade em que trabalhamos, e não somente uma mera observação. Isso demonstra como a busca por conhecer a comunidade e o funcionamento e disponibilidade de nossos recursos é parte primordial e necessária para uma atuação mais empenhada e produtiva na Atenção Primária a Saúde.

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.3 Justificativa**

O projeto de intervenção aplicado na UBS em que trabalhamos teve como foco a Saúde da Criança. Dentre os diversos programas implantados na atenção primária à saúde para populações vulneráveis, a Saúde da Criança constitui-se um forte instrumento para prevenção, diagnóstico precoce e, conseqüentemente, maior possibilidade de tratamento/reabilitação em tempo oportuno.

A UBS Soledade II localiza-se em Natal-RN e apresenta uma população adscrita de 12.521 pessoas, as quais são acompanhadas por 04 equipes de ESF, cada uma composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Através da atuação multiprofissional, torna-se possível e facilitado o cuidado global ao paciente na atenção básica. Em relação ao cuidado da Criança, não é diferente. É imprescindível que essa parcela populacional seja avaliada clinicamente (por médicos, enfermeiros e odontólogos) de forma regular, obedecendo às necessidades de cada faixa etária. Além dos recursos humanos, conta-se com uma estrutura física e de materiais para a realização das atividades pertinentes a UBS a qual, infelizmente, ainda se encontra com muitas falhas. A falta de espaço e insumos, além de deficiências na manutenção da estrutura, afeta o trabalho da equipe e o adequado atendimento ao público.

Tivemos como foco, portanto, melhorar a atenção à saúde das crianças entre 0 - 72 meses. Não dispúnhamos de informações sobre cobertura do programa ao início do projeto. Como uma estimativa, através da aplicação do Caderno de Ações programáticas, considerando apenas crianças entre 0 – 12 meses, foi encontrada uma cobertura média de 54% para o programa, o que é bastante insatisfatório. Antes da intervenção, para essas crianças cadastradas, eram

realizadas consultas regulares pelo enfermeiro de acordo com a faixa etária (C&D), sendo avaliadas pelo médico em caso de queixas e alterações durante o acompanhamento. Eram dadas orientações sobre alimentação e aleitamento exclusivo até 06 meses e importância de manter a vacinação atualizada.

Porém ainda havia muito a se aprimorar. A falta de registro de ações já realizadas (consultas regulares, orientações alimentares) era perceptível. Outras ações ainda não eram realizadas de forma regular na UBS, a exemplo da suplementação de ferro para profilaxia da anemia da infância. Essas deficiências limitavam a eficácia do programa e prejudicavam sua avaliação como instrumento modificador de realidade. O trabalho em equipe foi peça-chave na implementação de mudanças no programa. Apesar das dificuldades materiais, o programa pôde ser estruturado com mudanças simples, como um melhor registro por parte dos profissionais e um bom entrosamento da equipe. Tínhamos a expectativa de atingir o maior número de crianças possíveis, de qualificar a atenção à saúde das crianças, envolver a equipe e a população na melhoria da saúde da criança, garantindo um atendimento na atenção básica realmente efetivo.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde da criança de 0-72 meses na UBS Soledade II.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

- a) Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança e de saúde bucal da criança;
- b) Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
- c) Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança, incluindo a saúde bucal;
- d) Melhorar o registro das informações;
- e) Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
- f) Promover a saúde das crianças.

### **2.2.3 Metas da intervenção**

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde
- Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
- Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
- Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
- Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
- Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
- Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
- Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.
- Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.
- Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência.
- Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.
- Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.
- Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.
- Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária
- Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
- Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança
- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa
- Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica

- Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática
- Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.
- Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
- Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram
- Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.
- Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de três meses na UBS Soledade II, no município de Natal/ RN. Foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado como projeto de qualificação de ações programáticas em atenção básica à saúde. Foi prevista a participação na intervenção de 80% crianças das crianças estimadas residir na área de abrangência. O cadastro foi realizado para todas as crianças atendidas no período da intervenção, ao longo das 12 semanas. Foi utilizado o protocolo do Ministério da Saúde, Atenção à Saúde da Criança (Caderno de Atenção Básica nº 33), Brasília 2012.

### **2.3.1 Ações (incluindo detalhamento)**

#### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

A entrada da criança iniciaria logo após o nascimento, com o seguimento adequado das puérperas e garantia de primeira consulta puerperal em visita domiciliar realizada pela enfermeira. O registro específico de puericultura seria realizado em caderneta da criança, prontuário e ficha espelho.

Durante as consultas clínicas, os dados do exame físico, inspeção de reflexos e habilidades motoras e sociais adquiridas pela criança seriam registrados neste cadastro para acompanhamento do desenvolvimento da criança. Os dados relativos à vacinação da criança seriam captados do cartão de vacinas e compilados na ficha de acompanhamento, permitindo monitorar a situação vacinal das crianças e acompanhar a proporção de crianças com vacinação em dia.

Essa forma de registro também possibilitaria monitorar quantas crianças entre 6 e 24 meses realizaram a suplementação de ferro recomendada pelo MS, quantas crianças realizaram a triagem auditiva (idealmente realizada ainda na maternidade), o teste do pezinho em tempo hábil, quantas crianças realizaram consulta odontológica, tanto para acompanhamento clínico como em caso de queixas e sintomatologia identificados durante consulta com outros profissionais.

A busca ativa seria possibilitada pela presença de registros de puericultura na própria UBS, passível de observação pela equipe como um todo, tornando viável a avaliação de comorbidades e identificação de fatores de risco sociais (abandono, pais drogaditos, entre outros) e um melhor acompanhamento por parte dos profissionais.

O monitoramento seria realizado quinzenalmente através da revisão periódica dos registros específicos como livro de registro do médico, enfermeira e odontólogo acerca do atendimento de crianças, a ficha espelho de caderneta da criança e prontuário. Identificaríamos as crianças que faltaram às consultas odontológicas e observaríamos o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

Os ACS seriam orientados, através da avaliação dos registros, a realizar busca ativa das crianças faltosas, de acordo com a regularidade de consultas de cada faixa etária.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

Os ACS, através de visitas domiciliares, deveriam registrar o número de crianças nessa faixa etária adscrita à comunidade, permitindo uma atualização dos dados. O seguimento das pacientes e recém-nascidos após pré-natal seria outra forma de manter tais dados atualizados. Seriam mantidos turnos específicos na agenda dos profissionais do programa (médico, enfermeiro, nutricionista, odontólogo) para facilitar o acesso e atendimento dessa população. A busca ativa

aconteceria através de visita domiciliar, a qual seria a estratégia utilizada para realização da primeira consulta a todas as puérperas e recém-nascidos.

A disponibilidade de vacinas, sulfato ferroso, teste do pezinho e materiais necessários deveriam ser garantidos pela UBS, cobrindo as crianças da área e aquelas que, por ventura, viessem a se vacinar na unidade (porta aberta). Para tanto, seria necessária uma vigilância constante por parte dos profissionais ligados à aplicação de vacinas e diretoria do posto, em caso de necessidade de novas solicitações para manter o programa em andamento. Seria avaliado e avisado à direção da UBS caso não se observassem condições satisfatórias para o atendimento de puericultura.

Seria garantido consulta das crianças ao serviço odontológico na atenção primária a partir da atualização de dados sobre população-alvo e organização de turnos e agenda do profissional.

Em reuniões da equipe (realizadas quinzenalmente), seriam avaliados os registros das crianças cadastradas ao programa. Tal orientação seria repassada a cada uma das 4 equipes, devendo estas se responsabilizarem pelo acompanhamento das crianças da área.

O monitoramento geral seria novamente avaliada, agora globalmente, pela administradora/diretora, permitindo o registro gerado na UBS. O coordenador da reunião também discutiria com os demais profissionais a função de cada um nesse processo. Médicos, enfermeiros e odontólogos apresentariam consultas regulares de puericultura, sendo um momento propício para orientação dos responsáveis a respeito desse e de outros temas. Outra estratégia seria a orientação feita por ACS durante suas visitas domiciliares, os quais poderiam reforçar orientações e trazer para a equipe problemas identificados em sua área de abrangência.

Seria priorizado o atendimento das crianças, tanto a demanda espontânea quanto a programática. De forma complementar, os ACS seriam treinados para organizar as visitas às crianças de 0 – 72 meses do bairro, priorizando as de alto risco. Além disso, durante as reuniões mensais da equipe, seriam discutidas as ações realizadas, avaliando os avanços e as dificuldades e nas consultas, enfatizando o atendimento bucal. Para ampliar a busca ativa nas reuniões com os ACS seria passada a lista das crianças faltosas para que eles realizassem a busca nas suas micro áreas.

### **Eixo Engajamento público**

Durante as consultas seria necessário ter um espaço de troca de informações e responsabilidades no cuidado da criança entre os profissionais envolvidos e os cuidadores, orientando-os sobre as ações executadas e resultados encontrados/esperados, informando às mães as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança. Os responsáveis pela criança seriam orientados sobre a importância da suplementação de ferro entre 6 meses e 24 meses, teste auditivo, teste do pezinho, necessidade atendimento odontológico, fatores de risco e comorbidades e higiene bucal, permitindo que os pais fossem corresponsáveis nesse programa. Além disso, a população seria esclarecida sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

A participação da comunidade na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças, também envolveria esclarecimentos que seriam dados através da 1ª avaliação odontológica (garantida a todas as crianças da área) e durante acompanhamento caso a caso, além de orientações em atividades coletivas.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

A capacitação da equipe aconteceria nas reuniões quinzenais, sendo estimuladas pela administração da UBS, discutida em reuniões gerais da unidade e também nas reuniões por outras equipes. Seria realizada a capacitação, pelo médico, para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso, triagem neonatal, principais acidentes na infância, fatores de risco e comorbidades, além do acolhimento de crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo do MS. Também seria realizado o treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso.

A equipe foi treinada para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde, informações sobre preenchimento e leitura dos registros de puericultura, principalmente entre médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários de saúde. Toda a equipe foi capacitada a realizar ações de promoção à saúde.

Foram compartilhados conceitos importantes sobre saúde bucal para profissionais da UBS, para ampliar a orientação e eficácia dessa ação. As ações de



promoção em saúde bucal também foram realizadas durante as reuniões de equipe, contando com o apoio dos profissionais de saúde bucal.

### 2.3.2 Indicadores

Os seguintes indicadores serão utilizados para monitorar as metas e reorganizar ações, segundo os seis objetivos principais.

<b>Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança</b>		
<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	
Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde .	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.	Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde. Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade
Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.	Proporção de crianças entre zero e 72 meses com primeira consulta odontológica programática dentre as inscritas no programa da unidade de saúde.	Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses com primeira consulta odontológica programática Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde

<b>Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança</b>		
<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	
Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.	Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida. Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Monitorar o crescimento em 100% das crianças.	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.	Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado. Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.	Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde. Denominador: Número de crianças com déficit de peso.
Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.	Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.	Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde. Denominador: Número de crianças com excesso de peso.
Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.	Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento. Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.	Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.	Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade. Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.	<b>Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.</b>	Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro. Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.	<b>Proporção de crianças com triagem auditiva.</b>	Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva. Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.	<b>Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.</b>	Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida. Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.	<b>Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.</b>	Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.	<b>Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.</b>	Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada. Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.
Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência	<b>Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.</b>	Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.	<b>Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática.</b>	Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada. Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que necessitam de atendimento odontológico.
Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.	<b>Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.</b>	Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído. Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança**

<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	
Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.	<b>Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.</b>	Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas. Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.
Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.	<b>Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.</b>	Numerador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática que faltaram e foram buscadas. Denominador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.	<b>Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.</b>	Numerador: Número de crianças faltosas às consultas e que foram buscadas. Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.
--	--	---

**Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

METAS	INDICADORES	
Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.	<b>Proporção de crianças com registro atualizado.</b>	Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.	<b>Proporção de crianças com registro atualizado.</b>	Numerador: Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado. Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

**Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência**

METAS	INDICADORES	
Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.	<b>Proporção de crianças com avaliação de risco.</b>	Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco. Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 6. Promover a saúde das crianças**

METAS	INDICADORES	
Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.	<b>Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.</b>	Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura. Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.	<b>Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.</b>	Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária	<b>Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.</b>	Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.	<b>Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.</b>	Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.
Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.	<b>Proporção de crianças com orientações sobre dieta</b>	Numerador: Número de crianças com orientação nutricional. Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.
Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.	<b>Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.</b>	Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

### 2.3.3 Logística da intervenção

Para a implementação do projeto de intervenção em Saúde da criança proposto para a UBS Soledade II, foi imprescindível o embasamento teórico, no intuito de construirmos uma atenção primária à saúde realmente sólida e pautada em evidências da literatura. Para isso, foi adotado o Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2012.

Seguindo recomendações do MS, nossas crianças foram acompanhadas regularmente na atenção básica. Esse acompanhamento se daria através da observação e conduta em diversos setores: crescimento e desenvolvimento, monitoramento do teste do pezinho/orelhinha, vacinação, avaliação de risco, alimentação e hábitos saudáveis e saúde bucal. Esses dados seriam registrados em três documentos diferentes: prontuário do paciente, Caderneta da Criança e ficha de acompanhamento de saúde da criança.

O prontuário seria mantido na UBS e a caderneta da criança, com a família. A ficha de acompanhamento de saúde da criança seria confeccionada pelo médico e enfermeiro, com os dados acima descritos para possibilitar um acesso mais direto a essas informações da Saúde da Criança. Seriam impressas duas folhas por criança, uma que ficaria na UBS e outra que ficaria com o agente comunitário de saúde que cobre a área de residência da criança, facilitando atualização desses dados durante a visita domiciliar. Foi Estimado o alcance com o projeto de intervenção de cerca de 80% das crianças entre 0 – 72 meses de idade residentes em nossa comunidade. O número absoluto de crianças ainda estava sob avaliação, sendo necessário o recadastramento da área de adscrição da UBS. Seria feito contato com o gestor municipal para dispor das fichas-espelho necessárias, justificando a necessidade da nossa intervenção.

Para o acompanhamento semanal da intervenção seria utilizada a planilha Eletrônica de coleta de dados. No final de cada dia de trabalho seria disponibilizado um período de 1h para preenchimento da tabela de coleta de dados. Seria acordado com a equipe que todas as manhãs e tardes, antes do início do atendimento seria realizado o acolhimento. Os horários de visita domiciliar, assim como a ampliação do número de atendimento às crianças ocorreria na sexta-feira.

Para organizar o consolidado semanal utilizaríamos a ficha de acompanhamento de saúde da criança e o livro de registro da UBS. Todos os

profissionais de saúde participariam dessa avaliação do consolidado, sendo realizado durante a reunião quinzenal da equipe que ocorreria nas quintas-feiras a tarde. Os dados estariam escritos de forma mais direta, facilitando o acesso e a construção desse registro para possível avaliação da ação programática. Nos casos que fossem necessários, a busca em prontuário seria realizada. Ou seja, através do consolidado (baseado nas fichas de acompanhamento e livro de registro da UBS), seria possível revisarmos regularmente crianças com: consulta de puericultura em dia (e as faltosas), vacinação em dia, programa de suplementação de ferro e vitamina A, realização dos testes do pezinho e orelhinha dos recém-nascidos, crianças em situação de risco e acompanhamento nutricional e odontológico em dia.

Os resultados obtidos em ações realizadas na semana seriam discutidos nas reuniões da equipe para que fossem feitas as orientações necessárias e busca aos faltosos (visitas pelos ACS, acompanhadas ou não pelo médico, enfermeiro, dentista e nutricionista).

No tocante a cobertura da atenção à saúde da criança na UBS, o monitoramento aconteceria semanalmente, sendo realizada pelo médico e enfermeiro, com auxílio dos ACS, sendo os resultados apresentados na reunião em equipe a cada mês. Para alcançarmos a cobertura desejada (80% das crianças), três pontos deveriam ser trabalhados:

### **Orientação da população engajamento público**

A população da UBS deveria estar ciente da existência do programa, seu funcionamento e benefícios trazidos à saúde da criança. Para esse esclarecimento, seriam realizadas orientações durante o pré-natal (garantindo a puericultura das crianças nascidas), orientações durante as visitas domiciliares regulares dos agentes em casas nas quais morassem crianças que seriam contempladas e palestra realizadas com o público de cada área da UBS sobre Saúde das Crianças, para a qual seriam convidados os usuários da UBS

### **Capacitação da equipe qualificação clínica**

Para promover a orientação e acompanhamento das crianças na UBS, todos os profissionais envolvidos deveriam ser capacitados sobre as recomendações e diretrizes do MS para a Saúde da Criança: regularidade das consultas (médicas, de enfermagem e odontológicas), importância do teste do pezinho e olhinho,

importância da vacinação em dia, suplementação de ferro e vitamina A, avaliação de situação de risco, prevenção de acidentes, alimentação saudável (incluindo a orientação do aleitamento materno) e hábitos de vida saudável.

Essas orientações seriam repassadas como forma de capacitação contínua durante reunião da equipe sob o comando de médico e enfermeira, trabalhando-se a leitura do Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde de 2012, com discussão dos temas acima descritos e formas de abordagem do projeto na UBS, considerando nossa estrutura e instrumentos de ação.

### **Acesso à UBS: organização e gestão**

Além das orientações discutidas com os profissionais envolvidos e usuários do posto, para se efetivar um aumento da cobertura era preciso garantir o acesso dessas crianças ao atendimento de puericultura. Para isso, seriam mantidas na agenda dos profissionais no mínimo um turno específico na semana para a puericultura, estendendo-se para a agenda de médico, enfermagem, odontologia e nutricionista. Ou seja, semanalmente, seriam garantidas 20 vagas para saúde da criança como ação programática e continuada, fora as consulta agendada (na presença de queixas; nesse caso o foco não seria o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento) ou acolhimento por demanda. O acolhimento aconteceria na UBS por todos os funcionários procurando direcionar o paciente para a solução do seu problema. O cadastro ocorreria na primeira consulta puerperal (primeira semana pós-parto) para recém-nascido da área, além de ocorrer diariamente na UBS em outras faixas etárias, sendo em seguida encaminhada para primeira consulta, assegurando o atendimento prioritário às crianças de alto risco. O cadastro das crianças no programa seria de responsabilidade de todos os profissionais da equipe e seria realizado todos os dias na UBS.

### **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**

Um dos pilares do Programa de Saúde da Criança é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Seriam utilizados parâmetros como estatura, peso (incluindo o excesso ou déficit ponderal), perímetro cefálico (este último até os dois anos) e a avaliação de reflexos e habilidades motoras e cognitivas adquiridas na primeira infância. Para realizar essas ações, precisaríamos de um local de atendimento adequado, balanças, fitas métricas, régua antropométrica e materiais

para realizar os testes. O material estava disponível, precisaríamos apenas que fosse realizada uma aferição de medida nas balanças, fato já solicitado a gestão.

No projeto de intervenção, a primeira avaliação da criança seria feita ainda na primeira semana de vida através de visita domiciliar com a enfermeira, juntamente com a primeira consulta puerperal. Nessa consulta, o bebê seria avaliado clinicamente (estado geral, pele e mucosas, coto umbilical) e dadas orientações sobre funções eliminatórias, aleitamento materno e higiene. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento seria realizado através de consultas regulares de acordo com a faixa etária da criança: 0 – 12 meses: consultas mensais, intercaladas entre médico e enfermeiro; 12 – 24 meses: consultas trimestrais, intercaladas entre médico e enfermeiro; 24 – 72 meses: consultas anuais, realizadas pelo médico.

O registro das consultas seria realizado em prontuário, ficha de acompanhamento e caderneta da criança. Os parâmetros físicos seriam registrados em curvas de crescimento presentes nas cadernetas, permitindo não apenas um registro ação pontual, mas a avaliação do processo de crescimento em si.

Antes das consultas, as crianças seriam pesadas e medidas pela equipe de preparo (técnicos de enfermagem), que as anotaria em prontuário, para que os dados estivessem presentes na consulta e fossem repassados para a caderneta e ficha de acompanhamento. Dessa forma, além da capacitação sobre aspectos gerais do programa de Saúde da Criança, era necessário preparação técnica da equipe responsável.

### **Avaliação da situação vacinal**

Sabe-se que a vacinação é parte essencial do projeto de Saúde da Criança, uma vez que é uma medida coletiva de alta eficácia, baixos riscos e baixos custos. Garantir situação vacinal atualizada a todas as crianças acompanhadas era uma das metas do projeto de intervenção. Para atingi-la, era necessário manter intensa orientações às famílias durante as consultas de C & D e vigilância da caderneta da criança e ficha de acompanhamento.

O controle do esquema vacinal seria realizado através da busca ativa, de campanhas de vacinação e durante as consultas individuais realizaríamos esse controle vacinal. A criança com atraso vacinal detectado durante a consulta C&D seria encaminhada à sala de vacina para atualização da situação vacinal.

É importante que se frise que essa vigilância não deveria ser realizada somente pelos profissionais da consulta de puericultura. Manter a ficha de acompanhamento do agente comunitário de saúde atualizada era uma forma desse profissional também auxiliar nesse processo, além dos profissionais técnicos de enfermagem, no intuito de fazer com que a visita domiciliar e o acolhimento fossem momentos oportunos para essa avaliação e orientação da família.

A aplicação das vacinas ocorreria no espaço da própria UBS. Dispúnhamos de sala de vacinação, profissional habilitado, material para aplicação e os imunobiológicos. O abastecimento deveria ser monitorado pelo gestor local de forma constante, garantindo a dispensação e continuidade do programa.

### **Avaliação nutricional, Suplementação de ferro, Suplementação de vitamina A**

Além das consultas de puericultura já comentadas com médico e enfermeiro, nossas crianças também seriam sistematicamente avaliadas por nutricionista na própria unidade. Ao completar 6 meses, ao passar pela consulta médica, seria encaminhado para acompanhamento da nutricionista para uma primeira avaliação nutricional. Nessa consulta nutricional, seriam dadas orientações a respeito: aleitamento complementar e introdução de alimentos à dieta do lactente; iniciado suplementação de sulfato ferroso; iniciado e dispensação de suplementação de vitamina A; avaliação ponderal e orientações sobre alimentação saudável.

A suplementação de sulfato ferroso deveria ocorrer entre 6 – 24 meses de idade, como profilaxia da anemia da infância. Após avaliação nutricional, o programa de suplementação seria mantido através das consultas regulares de puericultura.

A suplementação de vitamina A é outra medida nutricional de extrema importância em nosso meio (Nordeste), na tentativa de prevenir a hipovitaminose A e seus efeitos deletérios (tais como a retinopatia consequente). Para tanto, recomenda-se a suplementação desse componente em megadoses administradas semestralmente entre 6 – 59 meses. Em nosso projeto de intervenção, essas megadoses seriam administradas em consultas programadas com a nutricionista, momento no qual a criança seria novamente reavaliada. As consultas com nutricionista também seriam asseguradas às crianças através da avaliação médica e encaminhamento. Seria disponibilizado um dia da semana para atendimento infantil nos dois turnos.



O atendimento aconteceria na UBS e os agendamentos seriam realizados com a enfermeira. As crianças que não conseguissem atendimento nutricional na UBS, seriam encaminhadas ao serviço de referência da cidade.

Caso fossem identificados problemas nutricionais e alterações ponderais, a criança acometida seria avaliada de forma mais frequente por este profissional.

### **Monitorização do teste do pezinho e teste do olhinho**

Em nosso meio, o teste do olhinho é realizado ainda na maternidade. Mesmo assim, o ideal seria mantermos tal dado registrado. Já o teste do pezinho deve ser realizado na primeira semana de vida do recém-nascido, por profissional habilitado da UBS.

Seria importante orientarmos a família sobre a relevância de realizar esse teste, da importância de retornar a UBS para a avaliação dos resultados. Além disso, seria fundamental acrescentar no livro de registro, ficha espelho e prontuários as orientações realizadas (incluindo conduta adequada em testes positivos, evitando a progressão e instalação de complicações e sequelas provenientes da doença). Tais informações deveriam ser repassadas à família para permitir a corresponsabilidade e maior eficácia do programa.

### **Avaliação de risco**

O programa de Saúde da Criança deve englobar não somente a avaliação da criança como indivíduo isolado, mas sim inserido em um contexto socioeconômico e familiar que interferirá diretamente na sua formação como indivíduo. Essa é a proposta da avaliação de risco da criança: não somente identificar aquelas crianças que clinicamente apresentem algum agravo que necessite de maior observação, mas também a observação e acompanhamento das fragilidades sociais e ambientais.

Em casos em que fossem constatados parâmetros inapropriados durante puericultura, deveria ser avaliada a necessidade de encaminhamento para serviços de referência (ambulatório de especialista, pronto-atendimento, serviço hospitalar, NASF). A disponibilidade desses serviços seria assegurada pela rede de saúde do município, obedecendo ao princípio do SUS da integralidade, sendo realizado através de sistema informatizado da rede.

A contra-referência deveria ser garantida, permitindo a comunicação indispensável entre o médico da UBS e o médico especialista, no intuito de integralizar o cuidado ao paciente. Além disso, o contato com a família seria fundamental, permitindo o seguimento desse paciente na atenção primária após avaliação por outro nível de saúde.

Para isso, além da vigilância constante dos profissionais envolvidos nas ações programáticas, também seria primordial o papel do agente comunitário de saúde, o qual reside na mesma área da comunidade a qual assiste e conhece de forma mais íntima a realidade da família. Tal registro seria realizado na ficha de acompanhamento, na ficha espelho e no livro de registro pelo médico e nos guiaria na detecção do problema e busca de possíveis intervenções.

### **Saúde bucal**

Além das consultas programadas com Médico/Enfermeiro (crescimento e desenvolvimento) e nutricionista (avaliação nutricional), contamos em nossa UBS com assistência odontológica, que também participaria do projeto em Saúde da Criança.

Na primeira consulta de C&D, o recém-nascido seria encaminhado para primeira consulta com dentista. Nessa consulta, seriam dadas orientações a respeito da higiene bucal da criança, com retorno no 3º mês para reavaliação. Com o início da dentição (em torno do 6º mês), a criança seria novamente avaliada para orientação a respeito da dentição e aspectos da dentição e introdução de alimentos, mantendo-se a regularidade das consultas durante toda a infância. Para as crianças que iniciassem a puericultura tardiamente, seriam encaminhadas diretamente para avaliação e iniciado acompanhamento regular a partir de então.

Lembrando que as orientações sobre saúde bucal também seriam tema de discussão nas reuniões de equipe, o que faz com que os outros profissionais envolvidos também estivessem aptos a orientar os familiares a respeito de aspectos gerais da saúde dental nas crianças.







### 3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

Após implantação do projeto de intervenção em saúde da criança na UBS Soledade II, iniciada há três meses, é possível realizar uma análise acerca das conquistas e dificuldades encontradas. Esta análise é de fundamental importância, uma vez que permite uma visão ampla do que foi vivenciado e, a partir disso, criar estratégias para melhorar os aspectos deficientes, mantendo aquelas ações que obtiveram êxito.

Antes da implantação do projeto, a puericultura nessa UBS era realizada de forma bastante precária. O acompanhamento regular era realizado apenas pela enfermeira, sendo a consulta médica marcada somente se percebidas anormalidades no crescimento e desenvolvimento da criança. Algumas das ações programadas do acompanhamento não eram realizadas, a exemplo da suplementação regular de ferro profilático às crianças entre 6 – 24 meses. Além disso, o registro das consultas era feito somente no cartão da criança e prontuário, não existindo um documento que facilitasse a recuperação de dados de puericultura para avaliação do programa. Tal fato se refletia em poucos parâmetros de saúde da criança disponibilizados pela unidade para análise situacional. Era desconhecido, inclusive, o número de crianças na área adscrita à unidade que se encontrava na faixa etária do programa. A deficiência de dados, por si só, apontava para uma necessidade emergente de intervenção, o que serviu como estímulo para a escolha desta ação programática como foco de atuação.

Após a escolha do foco de intervenção, foi realizada uma reunião com a equipe com o intuito de informar sobre o projeto e discutir a melhor forma de introduzi-lo na unidade, levando em consideração o papel desempenhado por cada integrante da equipe. Nessa primeira reunião, foi solicitado aos agentes comunitários de saúde o consolidado de crianças com idade entre 0 – 72 meses pertencentes à área da unidade para que, a partir desse dado, pudessemos avaliar mensalmente a cobertura do programa e o alcance das ações realizadas. Para cumprir com o preconizado pelo projeto, um turno/semana da agenda da médica (manhã da terça-feira) foi escolhido para o atendimento de puericultura, mantendo a agenda da

enfermeira. Dessa forma, era possível realizar as consultas de puericultura de forma regular e alternada entre esses profissionais, respeitando as indicações do Ministério da Saúde para cada faixa etária. As consultas regulares com a odontóloga e nutricionista já eram realizadas previamente à implementação do projeto e seguiriam conforme protocolo sugerido. Além dessas mudanças de logística, algumas mudanças estruturais precisariam ser realizadas.

Fizemos uma lista, para a secretaria de saúde, de materiais que seriam necessários para a concretização do projeto (incluindo material para realização das reuniões de puericultura coletiva) a exemplo de fitas métricas, régua antropométrica, mamas para demonstração de aleitamento materno, entre outros. Foi solicitada, ainda, a impressão de 200 folhas-espelho para o registro adequado do programa. A partir dessas medidas emergenciais, foi possível dar início ao projeto. Ainda na primeira semana, conseguimos um exemplar do Manual de Saúde da Criança do Ministério da saúde (2012) para ficar disponível na unidade de saúde para possível consulta quando necessário.

As reuniões da equipe ocorrem de forma quinzenal, o que permitia uma troca de informações regulares entre os membros da equipe. As avaliações do programa e seus registros eram feitos de forma mensal pela médica e enfermeira, e repassadas em reunião para os outros integrantes. De uma forma geral, após orientação e capacitação de todos os membros, a equipe se mostrou bastante empenhada na melhoria do programa de saúde da criança. A exceção se deu pelo atraso dos agentes comunitários em entregar a lista de crianças solicitadas no início da implantação. Esse dado só foi confirmado ao final do terceiro mês, somando um total de 96 crianças entre 0 – 72 meses em nossa área. Com esse dado disponível, foi possível avaliar a cobertura ao final desse trimestre de atuação, alcançando 43,8% das crianças da área. Esse dado mostra-se distante do esperado (80 %), mas seguiremos com a intervenção para melhorar cada vez mais nossa cobertura. A ausência do número de crianças prejudicou algumas ações que estavam programadas, tais como a busca ativa de crianças faltosas e visitas domiciliares, dificultando o alcance de metas até então calculadas.

As consultas de puericultura seguiram de forma sistemática desde a mudança da agenda. As fichas-espelhos ficaram prontas ainda na primeira quinzena de implementação do projeto e foram gradativamente sendo preenchidas pela médica e pela enfermeira durante as consultas de puericultura. As consultas com a

nutricionista também seguiram de forma sistemática desde o início do projeto, atentando-se sempre para as orientações alimentares para cada faixa etária e suplementação de vitamina A conforme protocolo em nossa região. Infelizmente, por motivos estruturais (defeito do único compressor e falta de material básico odontológico), as consultas com a dentista foram temporariamente suspensas. Com o decorrer da intervenção, as consultas odontológicas foram parcialmente regulamentadas, porém com prejuízo temporário do preenchimento completo das fichas-espelhos de saúde bucal de nossas crianças. Com a continuação do projeto será possível regularizar esse déficit vivenciado na fase inicial do projeto.

Durante as consultas de puericultura, foi possível a avaliação e registro (prontuário, cartão da criança e fichas-espelhos) de diversos aspectos da saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, avaliação de risco, apoio ao aleitamento materno e alimentação saudável, realização de testes de rastreio (teste do pezinho, teste do olhinho e teste da orelhinha), entre outros.

A seguir, segue a lista de metas almejadas para a qualificação da saúde da criança em nossa UBS, juntamente com o número de crianças avaliadas no primeiro trimestre de intervenção: a meta de ampliação da cobertura da atenção à saúde para 80% não foi alcançada, sendo atingido apenas 43,8% (42 crianças); a primeira consulta na primeira semana de vida, cuja meta era 100% das crianças cadastradas, alcançou 83,3% (35 crianças). O monitoramento do crescimento, desenvolvimento, déficit de peso, triagem auditiva, avaliação de risco, registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação, cuja meta era 100% foi alcançada. Outras metas de 100% que não foram alcançadas: vacinação em dia de acordo com a idade em 97,6% (41 crianças); teste do pezinho em 78,6% (33 crianças), suplementação de ferro em 59,1% das crianças entre 6 e 24 meses. Das crianças em acompanhamento, não houve faltosas e foram fornecidas orientações sobre higiene bucal, nutricionais e prevenção de acidentes na infância para todos os responsáveis e cuidadores da 42 crianças acompanhadas.

Infelizmente, não foi possível a análise da implementação do projeto em Saúde Bucal da Criança. No início da ação, as consultas odontológicas estavam suspensas por falta de material básico e defeito técnico no compressor da Unidade. Eram realizadas apenas orientações às famílias. Após restauração dos equipamentos, a dentista iniciou o preenchimento das fichas-espelhos. Tais fichas, entretanto, ficaram sob responsabilidade da profissional até o período de suas férias,



impossibilitando a análise dos dados para elaboração da análise final. Os dados de consultas odontológicas presentes em fichas de saúde da criança foram retirados de registros da própria UBS e caderneta da criança.

Dentre os aspectos avaliados, um que deve ser comentado é sobre a situação vacinal. Felizmente, nossas crianças apresentam, em sua maioria, o cartão de vacinas em dia (97,6%). Passamos por um contratempo bastante incômodo ao final do primeiro trimestre do projeto: por uma queda de energia, nossa UBS perdeu o estoque de vacinas daquele momento por prejuízo do processo de refrigeração dos imunobiológicos. Em tempo, a diretoria do posto entrou em contato com a secretaria solicitando avaliação e conduta necessária frente aos refrigeradores e vacinas da UBS. Foi possível solucionar a questão sem prejuízos em nossas ações programáticas.

Outro aspecto da consulta de puericultura que deve ser comentado relaciona-se à suplementação de ferro para profilaxia de anemia na infância. Encontramos certa resistência por parte dos familiares na introdução dessa ação, por não conhecerem as recomendações. Sempre orientávamos e explicávamos a importância da suplementação, alcançando um percentual de 59,1 % das crianças em uso de ferro profilático ao final do terceiro mês de intervenção.

Além das consultas preconizadas, outro diferencial do projeto foi a introdução do modelo de puericultura coletiva, a qual seria uma reunião mensal de familiares e suas crianças com a equipe (agentes de saúde, médica, dentista e enfermeira), na qual seriam realizadas medições das crianças (peso, estatura, perímetro cefálico) e discutiríamos assuntos relativos a puericultura com os usuários. Seria uma forma de torná-la mais próxima dos usuários, além de permitir trocas de experiências entre os participantes e tornar as orientações do programa cada vez mais abrangentes. Nossa ideia era realizar consultas de puericultura por faixa etária de crianças, abordando temas mais adequados para cada faixa.

O espaço utilizado foi um salão de reuniões, só possibilitado após a saída da equipe de outra Unidade de saúde (Soledade I), cujo prédio até então se encontrava em reforma. Nesse ambiente, foi iniciado a estruturação da brinquedoteca do posto através da doação de brinquedos, livros, material para desenho, com o objetivo de tornar o ambiente agradável às crianças enquanto suas mães participam das palestras e orientações da puericultura coletiva. Infelizmente, só foi possível a realização de uma sessão de puericultura coletiva, abordando de forma geral o tema

puericultura, com boa aceitação pelos participantes. Estamos programando a próxima sessão para o próximo mês.

Diante do exposto, é perceptível que o projeto de intervenção iniciou uma mudança importante no cuidado à criança em nossa UBS. Através de medidas simples, tais como organização da agenda de profissionais, incorporação da ficha-espelho, capacitação da equipe e seguimento de ações programáticas recomendadas pelo Ministério da Saúde em consultas de puericultura, houve melhora expressiva deste programa. E o que é mais importante: estas mudanças são passíveis de incorporação à realidade do serviço desde já.

De uma forma geral, o projeto de qualificação da saúde da criança da Unidade de saúde Soledade II tem apresentado bons resultados, ainda que alguns não tenham alcançado as metas planejadas. É importante, porém, que saibamos reconhecer as conquistas alcançadas e as dificuldades enfrentadas, para a partir de então, criarmos estratégias para a mudança almejada.

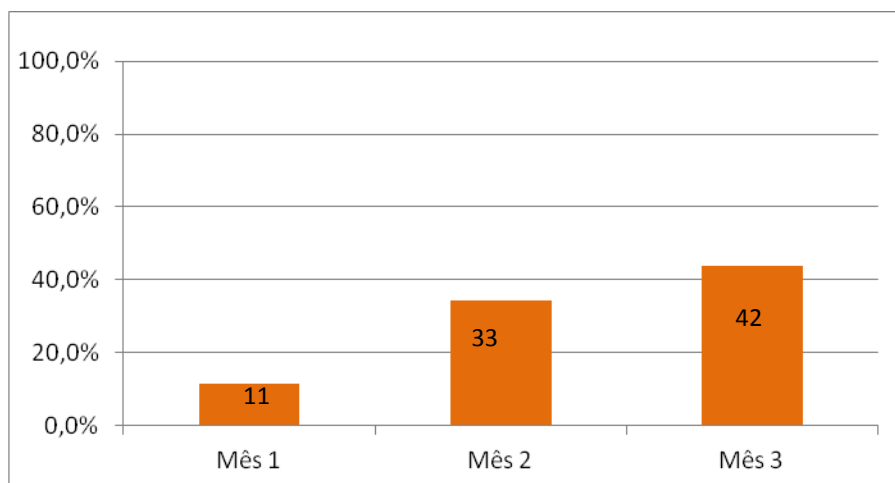
## **4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **4.1 Resultados**

Após três meses de intervenção na ação programática de Saúde da Criança na UBS Soledade II em Natal-RN, torna-se imprescindível a avaliação dos dados registrados referentes ao processo de implantação do projeto. A partir desta análise, será possível criar uma visão mais abrangente do impacto do projeto na realidade de nossa unidade, visualizando as conquistas alcançadas e identificando as dificuldades enfrentadas, fazendo-as passíveis de mudança.

O primeiro dado a ser avaliado corresponde à cobertura alcançada pelo programa durante os três primeiros meses de intervenção (Figura 2). Foi realizada uma atualização do número de crianças entre 0 – 72 meses da área de adscrição da UBS, totalizando 96 crianças. Inicialmente, foi idealizada uma meta de 80 % (77 crianças), sendo realmente alcançado apenas 43,8% (42 crianças). No primeiro mês de projeto, muitas crianças fora de área foram avaliadas pela puericultura, as quais não puderam ser contabilizadas. Isso resultou em um pequeno percentual de crianças avaliadas ao final do primeiro mês (11,5%). Após orientação dos agentes

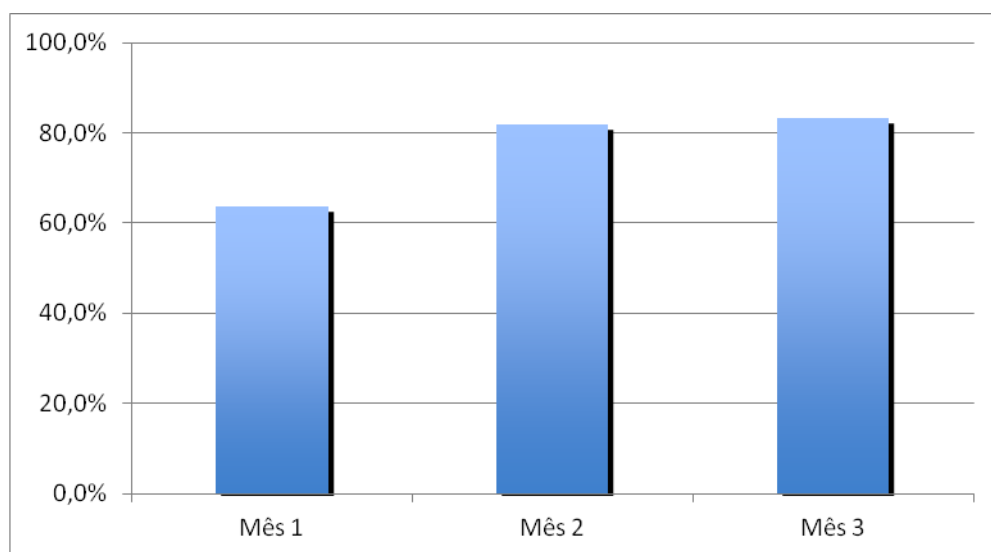
de saúde, passou-se a triar as crianças realmente da área, o que gerou uma melhora no percentual de cobertura dos meses seguintes (34,4% e 43,8%, para o segundo e terceiro mês).



**Figura 2 Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

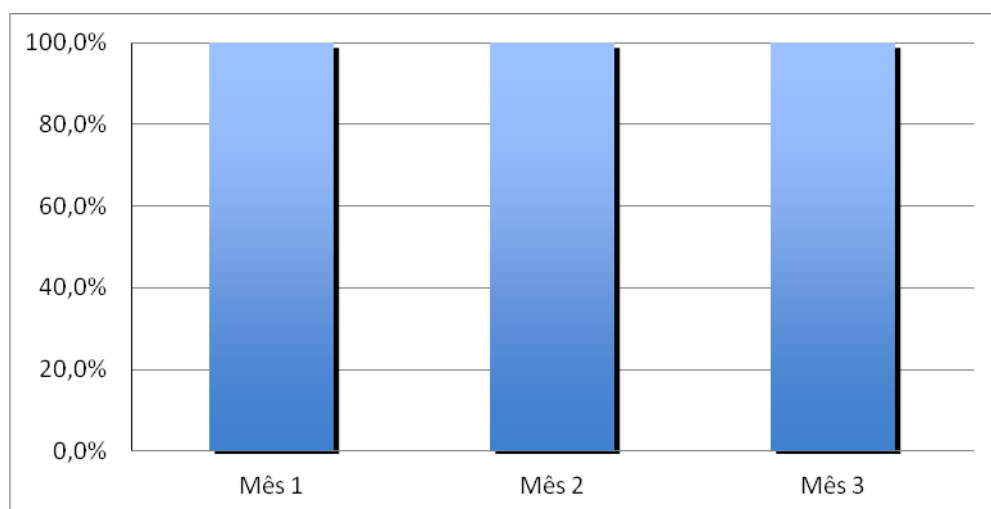
Outro fator que dificultou nossa ação é que as crianças que compareciam ao serviço eram sempre as mesmas, o que não gerava aumento no percentual de cobertura. Infelizmente, só passamos a dispor do número e nome das crianças de 0-72 meses de nossa área ao final do primeiro trimestre de projeto, impedindo que fosse realizada uma avaliação elaborada de crianças faltosas para visitas domiciliares e orientação familiar.

Em relação ao dado “consulta na primeira semana de vida”, foi possível verificar que, graças à visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido, realizada pela enfermeira na primeira semana de vida, tal ação se encontrava consolidada na UBS. A intervenção, no entanto, possibilitou o registro dessa atividade (Figura 3). Dentre as crianças avaliadas na puericultura ao final do terceiro mês (42 crianças), 83% (35 crianças) tiveram a primeira consulta pela equipe de saúde no tempo recomendado.



**Figura 3 Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

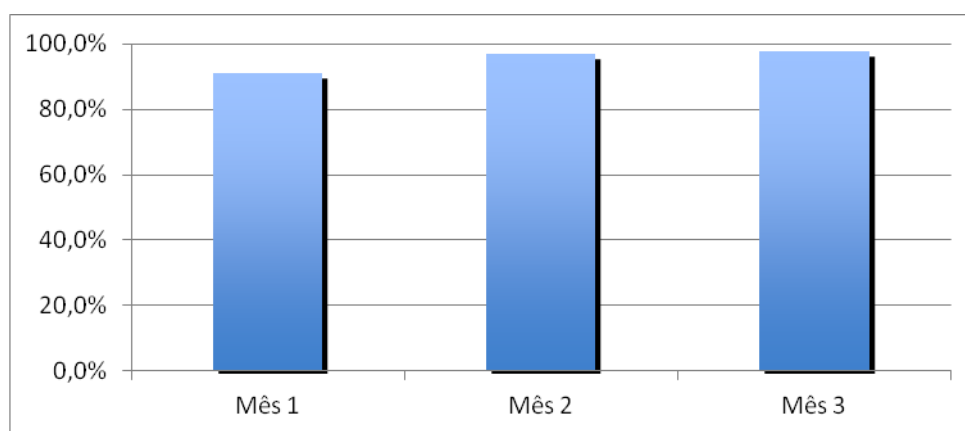
A puericultura realizada de forma regular permitiu à equipe um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças entre 0 – 72 meses. Ao comparecer às consultas de puericultura, além de atualizar os dados da criança, as famílias eram orientadas a retornar em outro momento (obedecendo ao mínimo de consultas preconizado pelo MS), já sendo feita a marcação da próxima consulta com a enfermeira. Essa organização do trabalho permitiu o seguimento de todas as crianças que iniciaram a puericultura pela UBS, conforme apresentado na figura 4.



**Figura 4 Proporção de crianças com monitoramento de crescimento e desenvolvimento, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

Dentre as crianças acompanhadas, foi encontrado déficit ponderal em apenas uma, a qual iniciou a puericultura no terceiro mês de intervenção. Após avaliação da dieta e risco familiar, os responsáveis foram devidamente orientados, além de ter sido solicitado avaliação pela nutricionista da UBS. Esta criança está sendo acompanhada, e no momento, já alcançou o peso recomendado para idade. Para excesso de peso, temos também apenas uma criança assim diagnosticada, a qual foi avaliada ainda no primeiro mês de implantação do projeto. Além do acompanhamento com médica/enfermeira na UBS, encontra-se em seguimento com nutricionista e em ambulatório de especialidade pediátrica.

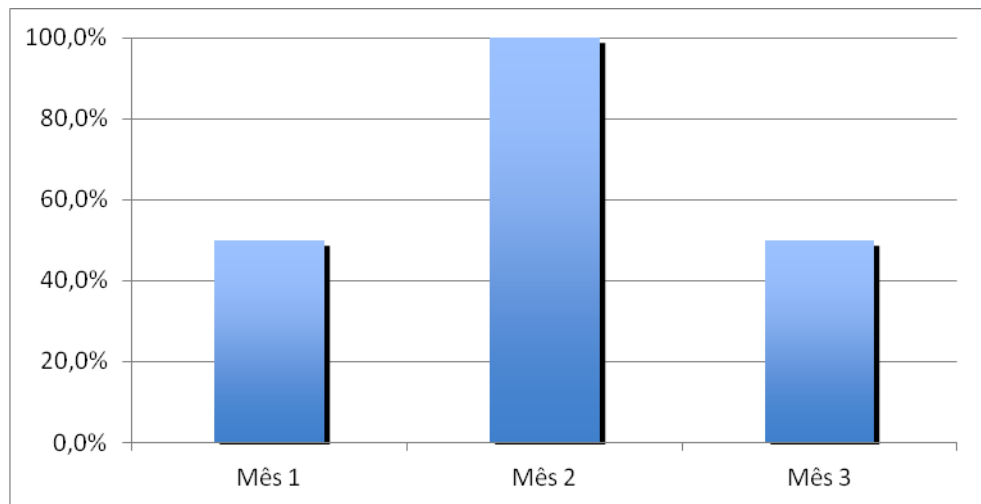
Além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a puericultura permite avaliar a cobertura do programa de vacinação entre crianças avaliadas. Tal aspecto já era avaliado anteriormente à implantação do projeto, o que possibilitou orientações precoces à população acerca de sua importância e funcionamento. Tal fato se refletiu nos elevados índices de cobertura de vacinação (Figura 5) observados desde o início do projeto, sempre superior a 90%.



**Figura 5 Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

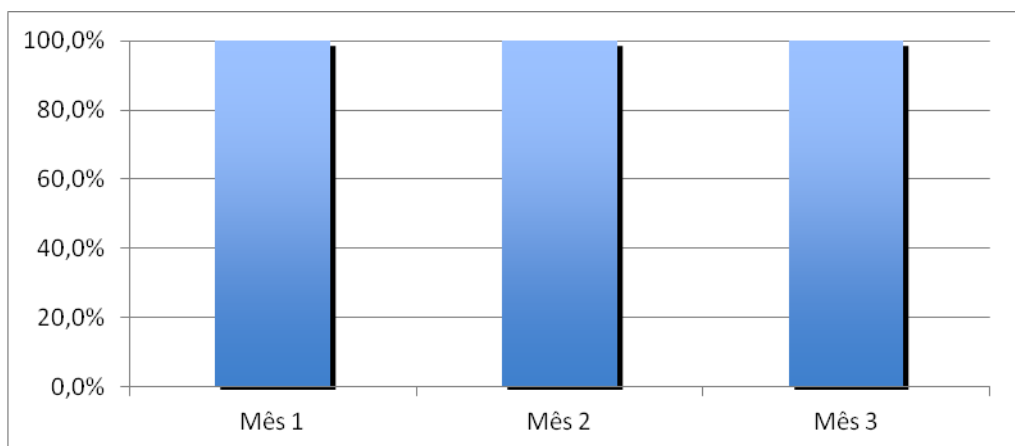
Dentre as ações programáticas que tivemos maior dificuldade, destaca-se a implementação do programa de suplementação de sulfato ferroso para profilaxia de anemia ferropriva para crianças entre 6 e 24 meses (Figura 6). Nossas famílias não eram, até então, orientadas quanto à importância dessa ação, o que justifica a baixa adesão encontrada no início do projeto. Inclusive, para muitas crianças que iniciávamos a suplementação, as famílias não aderiram conforme o solicitado.

Estamos trabalhando para que tal orientação seja mais bem aceita e seguida pelos familiares.



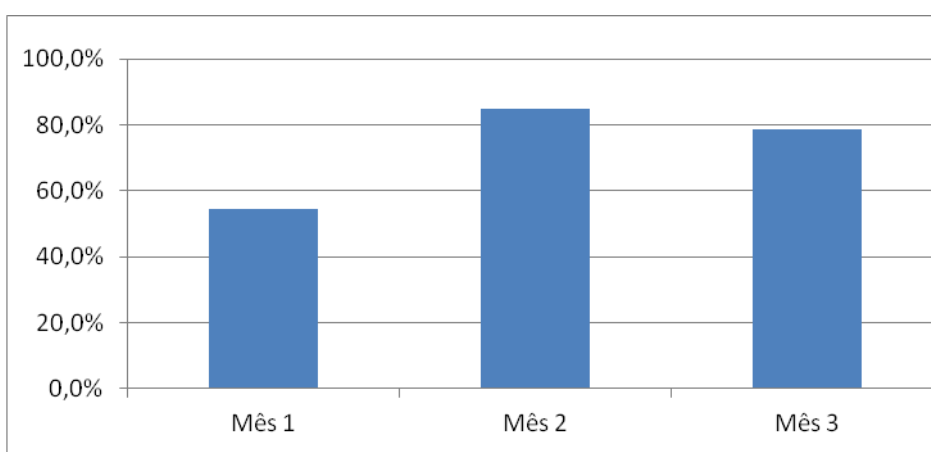
**Figura 6 Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

Em relação aos programas de triagem neonatal, foram observadas duas realidades diferentes: a do teste da orelhinha e a do teste do pezinho. Ambos foram realizados em todas as crianças avaliadas em nossa puericultura, o que é um ponto importante. O teste da orelhinha é realizado ainda na maternidade, o que facilita a adesão ao programa (Figura 7).



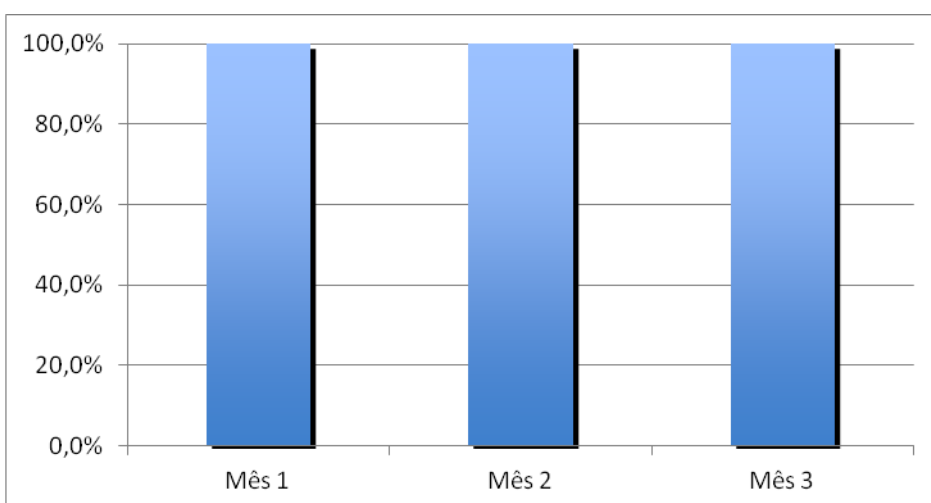
**Figura 7 Proporção de crianças com triagem auditiva, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

O teste do pezinho é disponibilizado pela UBS, sendo realizado nos primeiros quinze dias de vida em muitas de nossas crianças, e não nos primeiros sete dias, justificando os resultados de baixa realização do teste no tempo oportuno encontrados (Figura 8). Devemos atentar que estamos tratando apenas da coleta de material para exame. Em consultas, observamos um atraso importante na entrega dos resultados do teste do pezinho, o que pode prejudicar o início precoce do tratamento naqueles casos em que este se mostre alterado.



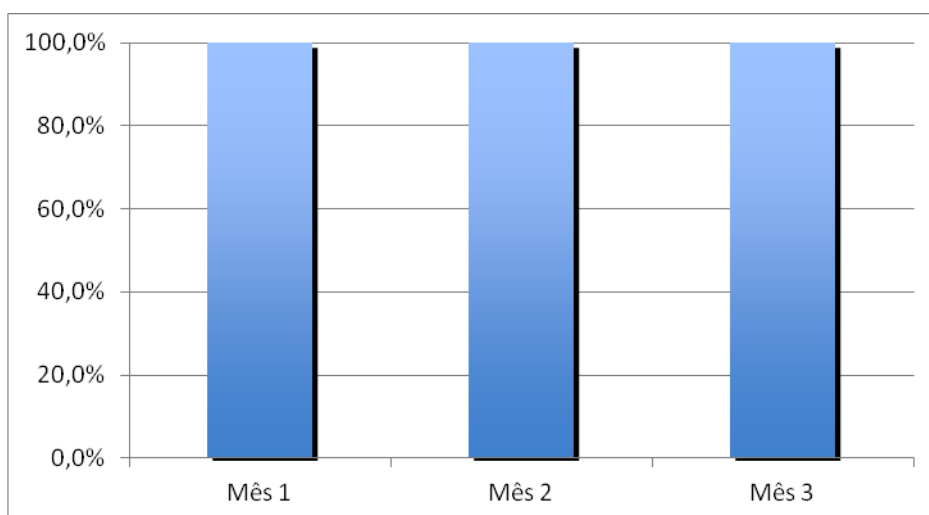
**Figura 8 Proporção de crianças com teste do pezinho realizado nos primeiros sete dias de vida, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

Em relação aos parâmetros de saúde bucal, tivemos excelentes resultados. Na UBS Soledade II, dispomos de serviço de odontologia na equipe de saúde da família, permitindo índices elevados de atendimento (Figura 9).

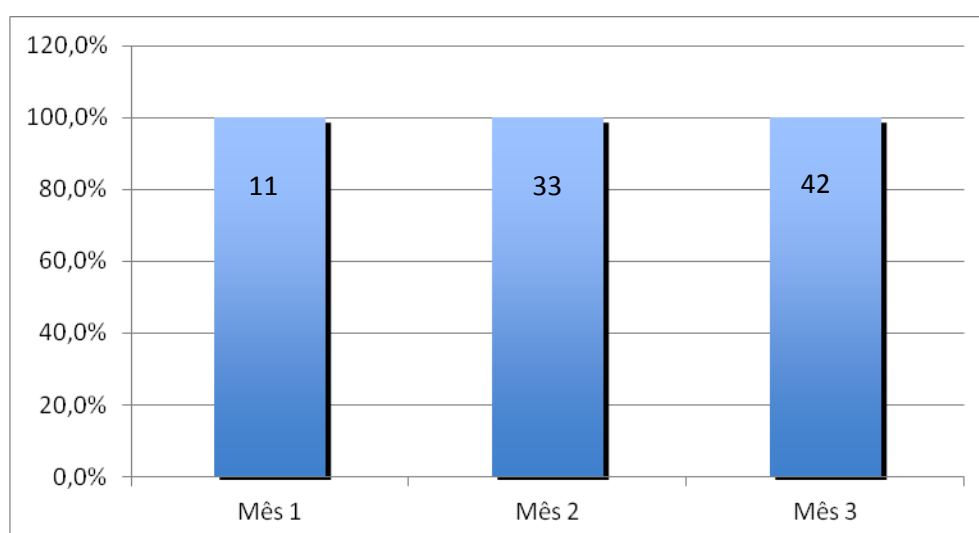


**Figura 9 Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

Ainda nas primeiras consultas de puericultura (antes dos primeiros seis meses de idade), nossas crianças são encaminhadas para avaliação e orientação de higienização bucal. A partir de então, são marcadas consultas regulares com esse profissional para seguimento, acompanhamento de dentição e limpeza. Tal protocolo foi realizado em 100% de nossas crianças (Figura 10 e 11).



**Figura 10 Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

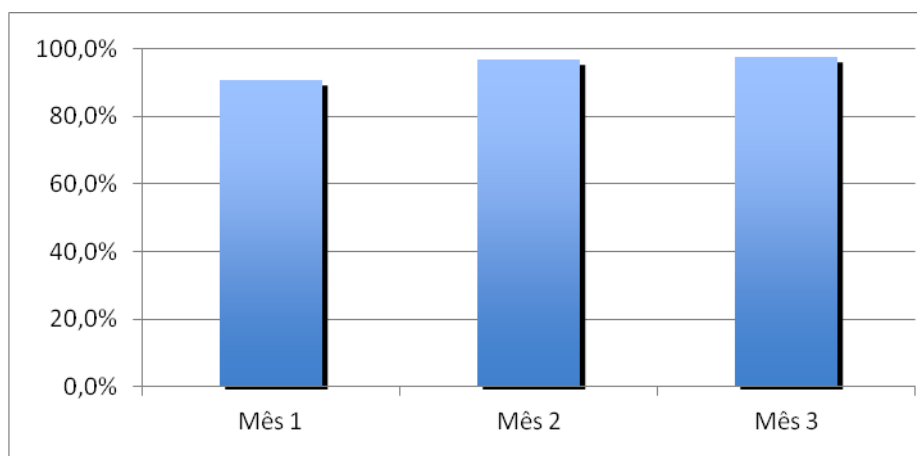


**Figura 11 Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**



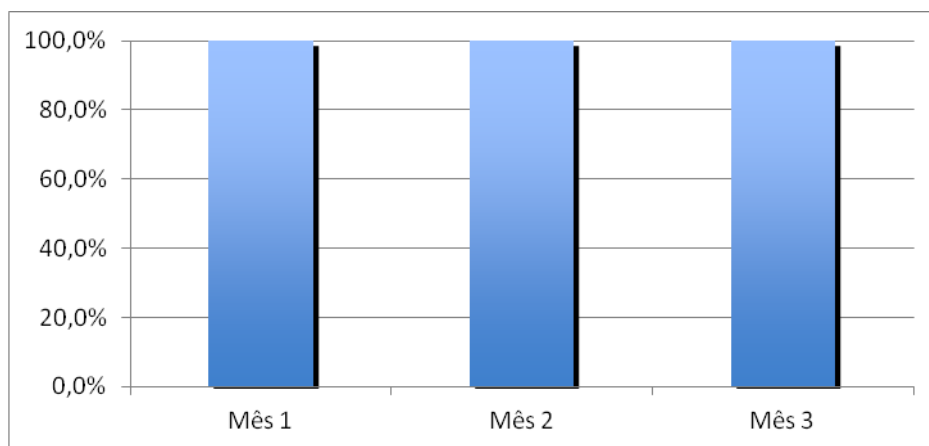
Dentre os objetivos do programa, o único que não conseguimos implementar foi a busca ativa de crianças faltosas. Dentre as crianças avaliadas durante os três primeiros meses de projeto, não houve atraso nas consultas subsequentes para justificar a busca ativa. Porém, apenas 42 das 96 crianças da área foram avaliadas nesse período, o que mereceria uma análise da equipe sobre os motivos (acompanhadas por plano de saúde? negligência da família? Dificuldade de acesso?). Infelizmente, só passamos a dispor do número total de crianças de 0 a 72 meses da área ao final do primeiro trimestre de projeto, o que inviabilizou esta ação.

Outras informações, no entanto, foram analisadas pela equipe da unidade e permitiram não só a avaliação da saúde da criança como também de sua situação no meio em que convive, buscando fatores de fragilidade social (Figura 12).

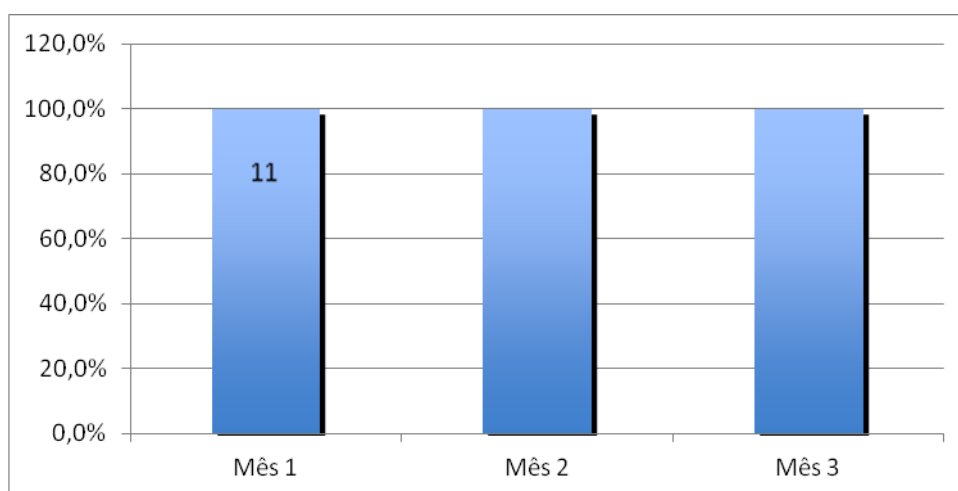


**Figura 12 Proporção de crianças com avaliação de risco, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

Além do registro de ações realizadas, outro aspecto que passou a ser documentado foi a orientação sobre diversas peculiaridades do cuidar de criança. Essas orientações foram repassadas em consultas de puericultura e também na puericultura coletiva, obedecendo a faixa etária da criança e as habilidades adquiridas alcançando todas as crianças acompanhadas.

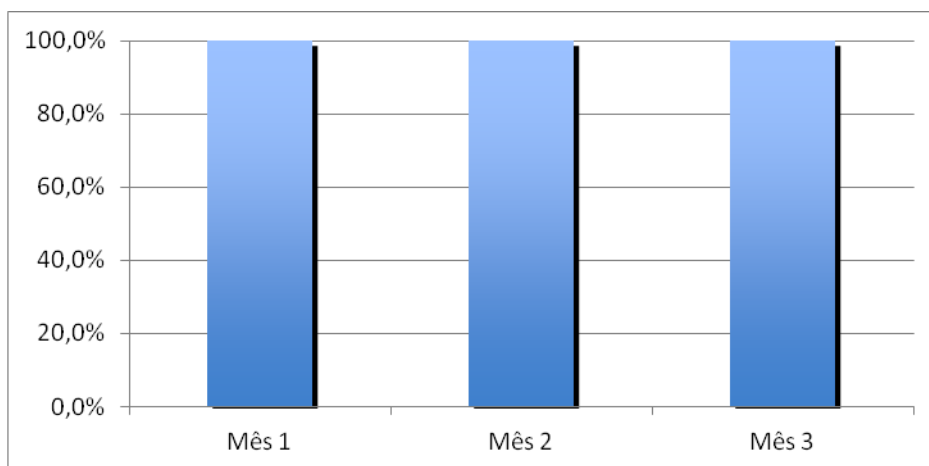


**Figura 13 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**



**Figura 14 Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

Outra orientação de extrema importância que já era realizada, porém sem registros, é a da pega adequada do aleitamento materno, realizada na primeira consulta à puérpera e recém-nascido.



**Figura 15 Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, UBS Soledade II, Natal/RN, 2014**

Dentre todas as ações realizadas, a implementação de um registro elaborado para o serviço de puericultura na UBS Soledade II representa uma verdadeira conquista para o serviço. Através desse registro, é possível avaliar o programa de forma mais abrangente, detectando suas falhas e possibilitando à equipe e ao gestor local a tomada de decisão para melhoria da assistência à criança. Eu e a enfermeira da equipe ficamos responsáveis pelo registro na folha espelho da caderneta da criança, a qual fica disponível na unidade para eventuais consultas e avaliações do programa. O preenchimento das folhas foi sendo realizado com o andamento do projeto, alcançando ao final do primeiro trimestre 66,7% de conclusão, e terá continuidade com a permanência do projeto.

#### **4.2 Discussão dos resultados**

A intervenção iniciada na UBS Soledade II aprimorou vários quesitos relativos ao acompanhamento em Saúde da Criança, sendo a melhoria dos registros a ação de maior impacto, tornando possível a avaliação de todas as outras. Dentre elas, pode-se citar a ampliação da cobertura da atenção às crianças de 0 a 72 meses e a qualificação do programa de Saúde da Criança, através da capacitação da equipe, da implementação de ações prioritárias nessa faixa etária (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, profilaxia de anemia ferropriva na infância, vigilância e atualização vacinal, cuidado nutricional e odontológico), além de medidas de promoção à saúde, exemplificadas pelas orientações às famílias durante as consultas e ações como a Puericultura Coletiva.

Além disso, a intervenção promoveu o trabalho integrado entre os profissionais da equipe, objetivando o alcance das metas desejadas. Todos se empenharam bastante para a concretização do programa. As consultas de puericultura se realizaram de forma alternada entre médica e enfermeira, que também ficaram responsáveis pela atualização das Cadernetas da criança e fichas-espelhos. A triagem de pacientes para atendimento prioritário era realizada pela enfermagem e repassada ao profissional médico. Também foram garantidas consultas com dentista para avaliação e orientação de saúde bucal, e consultas com nutricionista para acompanhamento nutricional, ambas ainda no primeiro semestre de vida. Os ACS foram o grande elo da equipe com a comunidade, repassando informações sobre avaliação de risco, crianças faltosas e atividades desempenhadas pela unidade. Os técnicos de enfermagem preparavam os pacientes para a consulta, registrando dados de identificação e antropométricos em prontuários, além de receberem os pacientes na sala de vacinas. Todos realizavam o acolhimento aos pacientes, dentro de suas atribuições. O trabalho em equipe teve impacto não só em ações da intervenção propriamente dita, como também no fortalecimento das relações interpessoais, tornando o ambiente de trabalho mais acolhedor e produtivo.

São visíveis as conquistas alcançadas com a incorporação do projeto. Antes dele, as atividades de puericultura eram realizadas apenas pela enfermeira, referenciando à médica os pacientes com alguma alteração ao exame clínico. A intervenção reviu as atribuições da equipe e viabilizou a atenção a um maior número de crianças. A melhoria dos registros permitiu uma avaliação da qualidade do programa de Saúde da Criança em nossa Unidade, permitindo a identificação de falhas no mesmo, a busca por soluções e a implementação destas, garantindo a melhora progressiva do serviço ofertado.

A comunidade tem percebido uma melhora na assistência às crianças, em especial seus familiares. Muitos desconheciam ações básicas da puericultura e sua importância, a exemplo do uso de sulfato ferroso profilático em crianças de 6 a 24 meses. As orientações durante as consultas e a realização da Puericultura Coletiva, na qual reunimos familiares com os quais abordamos temas relativos à saúde da criança e cuidados na atenção primária, foram de extrema significância para a conscientização e participação da comunidade na melhoria do programa. Infelizmente, poucas famílias foram avisadas da realização da Puericultura Coletiva,

o que nos indicou uma necessidade de melhorar a comunicação entre a unidade e usuários.

Essa dificuldade de comunicação em parte se justificou pelo atraso em identificar todas as crianças de faixa etária entre 0 e 72 meses residentes na área adscrita à Unidade de Saúde, através do recadastramento dos agentes de saúde. Isso também se refletiu na falha em identificar as crianças faltosas ao programa, justamente por não conhecer o número total para avaliação de cobertura. A comunicação entre os membros da equipe e os usuários mostrou-se, portanto, como um ponto de fragilidade. A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional, eu tivesse discutido com a equipe a necessidade imperiosa do recadastramento dessas crianças e pontualidade na entrega desse relatório, para que pudéssemos trabalhar em cima de tais dados. Como vamos incorporar a intervenção à rotina da unidade, teremos condições de utilizar os dados agora em mãos para uma implementação mais efetiva do programa. Sendo assim, vamos ampliar a conscientização da comunidade em relação à necessidade de se seguir com as consultas de puericultura de forma regular, além de entender a importância de medidas previstas no programa de Saúde da Criança, tais como vacinação, benefícios do aleitamento materno e alimentação saudável, entre outros.

Após o primeiro trimestre de implementação do projeto, nosso próximo passo será ampliar a cobertura do programa, mantendo as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para uma puericultura de qualidade, além de dar continuidade ao projeto de Puericultura Coletiva, abordando novos temas de interesse à população alvo e garantindo uma maior repercussão das atividades promovidas pela unidade, para um maior aproveitamento e satisfação dos usuários.

#### **4.3 Relatório de intervenção para os gestores**

A intervenção desenvolvida em Saúde da Criança na UBS Soledade II mostrou-se uma ferramenta importante na qualificação e melhoria do cuidado à criança na atenção básica à saúde. Sabe-se que este nível de saúde envolve diversos aspectos, a exemplo da promoção e prevenção em saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A saúde da criança, como ação programática, se beneficia desse tipo de atenção, uma vez que permite o acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento típico da infância e mantem a vigilância em saúde como algo possível e, antes de tudo, voltado à realidade da comunidade local.

Para sua introdução e manutenção, é importante um elo fortalecido entre a unidade de saúde e a gestão municipal, permitindo a troca de informações pertinentes às condições de trabalho da equipe, além da possibilidade de oferecer aos nossos usuários um serviço de qualidade, prezando pela universalidade e equidade.

É primordial relatar que as conquistas atingidas e devidamente registradas foram possíveis obedecendo ao recomendado pelo Ministério da Saúde, através de programas de relativo baixo custo e de extremo impacto na saúde da comunidade. Diante das melhorias alcançadas, a UBS Soledade II pretende incorporar as medidas adotadas através do projeto de intervenção na rotina do serviço, permitindo a continuidade da qualificação da ação programática e a superação das dificuldades encontradas, sejam elas de aspecto material, físico ou burocrático.

Para isso, é primordial uma comunicação mais próxima e efetiva entre a unidade e a gestão municipal, mostrando-se como representatividade mais próxima do governo à realidade local. Através dessa comunicação, torna-se possível montar um quadro visível da situação de APS em nosso município e, assim, criar estratégias mais amplas e eficientes para combater as dificuldades encontradas, trazendo retorno social em saúde a nossos usuários.

#### **4.4 Relatório de intervenção para a comunidade**

A intervenção desenvolvida na UBS Soledade II proporcionou às crianças da comunidade um atendimento mais completo e de melhor acesso, trazendo maior confiança e tranquilidade aos familiares.

O projeto permitiu um aumento no número de atendimentos prestados e uma maior disponibilidade para agendamento às consultas, agora realizadas tanto por profissional enfermeiro como médico de forma regular. Além das consultas de puericultura, acompanhamento nutricional e odontológico também foi ofertado, garantindo que as ações fossem desenvolvidas de forma multiprofissional.

Além da regularidade nas consultas de puericultura, obedecendo ao mínimo preconizado pelo MS, buscamos levar às nossas crianças diversas ações que são complementares ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, tais como: vacinação, suplementação de sulfato ferroso para profilaxia da anemia na

infância, orientações sobre alimentação saudável, higiene e acidentes na infância e avaliação de risco social/familiar. Essa visão mais ampla possibilita um maior cuidado na atenção primária, reduzindo a ocorrência de doenças nessa época de transformações e descobertas.

Tentamos criar um ambiente mais familiar às crianças e seus parentes, fazendo da ida à unidade algo mais agradável e acolhedor. Para isso, capacitamos nossos profissionais e buscamos melhorar nosso contato com a população. Um exemplo disso foi a criação da Puericultura coletiva, um espaço de comunicação entre a equipe de saúde e os usuários, possibilitando não só a abordagem de temas de interesse para a comunidade, como também a troca de experiências entre os próprios familiares. Essas conquistas tornaram possível um serviço mais organizado e de melhor qualidade à nossa comunidade.

## **5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Considero a especialização em medicina da família um marco em minha trajetória profissional e pessoal. A experiência de assumir ser médica de cerca de três mil famílias em uma unidade básica de saúde localizada em bairro humilde da cidade em que moro, me fez entrar em contato com uma realidade diferente da que sempre vivenciei, fazendo dessa experiência algo realmente novo e extremamente enriquecedor.

Sabia teoricamente que, como médica da família, deveria realizar meus atendimentos aliando o conhecimento técnico/prático apreendido na vivência da medicina com a busca incessante por soluções possíveis para aqueles agravos de naturezas diversas (social, ambiental, trabalhista, psicoafetiva) que poderia identificar nos indivíduos residentes na área adscrita à unidade em que passaria a trabalhar. Em um primeiro momento, porém, percebi que a própria identificação dos agravos não era algo tão simples assim. Era necessário conhecer a população e tudo aquilo que funcionaria como elo entre eu e a comunidade: a equipe multiprofissional, os serviços oferecidos aos usuários e os instrumentos disponíveis para a realização do trabalho a ser realizado.

E desde este momento, a especialização em saúde da família me norteou em como deveria proceder. A análise situacional ampliou minha visão e me fez

identificar pontos bem consolidados na prática da unidade e pontos ainda fragilizados, passíveis de análise estratégica e aplicação de um projeto de intervenção. As tarefas semanais, as conversações com a orientadora e o contato frequente e regular com outros estudantes e profissionais de saúde nos fóruns da especialização me tornaram mais confiante e apta para prosseguir com a intervenção idealizada. Além disso, as tarefas de práticas clínicas, as leituras recomendadas, os testes de qualificação e os relatos de caso nos fóruns clínicos propiciaram uma atualização constante acerca de temas extremamente práticos e corriqueiros no cotidiano da atenção básica.

É claro que, na medida em que conhecia a realidade da unidade, muitas dificuldades foram percebidas, relativos a estrutura física, acesso aos serviços, sistema de informações, entre outros. Ao mesmo tempo, era notório o empenho da equipe multiprofissional em realizar um trabalho bem feito, promovendo uma saúde de qualidade aos residentes da área. O contato frequente desses profissionais em reuniões quinzenais possibilitava a troca de experiência, a discussão de casos e a busca por melhorias, sempre respeitando o conhecimento de cada área e o que o outro tem a oferecer.

O período de iniciação e implementação do projeto na unidade de saúde tem chegado ao fim. Apesar das dificuldades enfrentadas, as conquistas se mostraram bem mais significantes: melhoramos a qualidade da assistência à saúde da criança, promovemos uma maior interação entre membros da equipe e usuários, melhoramos os registros do setor e, como consequência, permitimos o uso de instrumento de avaliação do programa, para futuras melhorias e aumento na satisfação dos usuários.

A manutenção do projeto e sua incorporação no cotidiano da unidade me faz sentir o quão transformador é o papel do médico da família na construção de uma atenção primária realmente efetiva e de qualidade.



## 6 REFERÊNCIAS

ALVES, E. C. **A importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela equipe de saúde da família**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3333.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

BARBIERI, C. L. A. et al. Cobertura Vacinal Infantil em um Serviço Filantrópico de Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil, em 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 22, n. 1. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100014&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100014&script=sci_arttext)>. Acesso em: 16 jun. 2014.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações Hospitalares por Causas Sensíveis à Atenção Primária no Distrito Federal. **Revista de Saúde Pública**. v. 46, n. 5. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000500001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000500001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 16 jun. 2014

MELLO, D. F. de. et al. Seguimento da Saúde da Criança e a Longitudinalidade do Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 4. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400018)>. Acesso em: 16 jun. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica. n. 33. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2014

NOVACZYK, A. B.; GAÍVA, M. A. M. As Tecnologias Inter-relacionais na Assistência à Criança na Atenção Básica: análise de documentos oficiais. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 9, n. 3. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12560/6652>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores Associados ao Aleitamento Materno Exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Cadernos de Saúde Pública. v. 26, n. 12. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200013)>. Acesso em: 16 jun. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/515-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l3-saude-da-crianca-e->

aleitamento-materno/12883-desenvolvimento-da-1-infancia-brasil-carinhoso>.  
Acesso em: 16 jun. 2014.



CONSULTA CLÍNICA												
Data												
Nome do profissional que atendeu												
Idade (anos e/ou meses)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em kg/m <sup>2</sup> (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento: provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado												
Criança c/ risco: <u>sim</u> ou não												
Uso de sulfato ferroso: sim ou não												
Alimentação materno: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
Orientação sobre alimentação complementar: não, sim ou não se aplica (NSA)												
Orientação p/ prevenção de acidentes: sim, não												
Orientação sobre <u>higiene bucal</u>												
Data da próxima consulta												



Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

## SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Nome do pai: \_\_\_\_\_

Consulta odontológica na UBS							
Data							
Idade (meses)							
Avaliação clínica individual (ver quadro)							
Relação maxilo-mandibular (compatível/alterada/não se aplica)							
Lábios e mucosas (normal/alterado)							
Freios linguais e labiais (normal/alterado/não se aplica)							
Língua (normal/alterada)							
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)							
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)							
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)							
Presença de maloclusão (sim/não/não se aplica)							
Caracterização das consultas (ver quadro)							
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)							
Urgência odontológica (sim/não)							
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)							
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)							
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento							
Faltou a consulta odontológica agendada (sim/não)							
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)							
Tratamento odontológico concluído (sim/não)							
Data prevista da consulta de retorno							
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)							
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)							
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)							
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)							
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)							
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)							
Orientação cronologia de erupção dentária (sim/não)							
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)							
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)							
Aplicação tópica de verniz fluoretado (sim/não)							
Assinatura do profissional							

## Anexo II: Planilha de Coleta de Dados

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1								
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?
<b>Orientações de preenchimento</b>	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							

Apresentação   Orientações   Dados da UBS   **Mês 1**   Mês 2   Mês 3   Mês 4   Indicadores

## Anexo II: Planilha de Coleta de Dados

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1								
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva criança?
<b>Orientações de preenchimento</b>	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / **Mês 1** / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

## Anexo II: Planilha de Coleta de Dados

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1							
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro?	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?
<b>Orientações de preenchimento</b>	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / **Mês 1** / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

## Anexo II: Planilha de Coleta de Dados



### Anexo III: Planilha de Coleta de Dados

#### Saúde Bucal da Criança

Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês 1								
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança tem necessidade de atendimento odontológico?	A criança está com tratamento dentário concluído?	A criança faltou à primeira consulta odontológica programática?
<b>Orientações de preenchimento</b>	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							

### Anexo III: Planilha de Coleta de Dados

#### Saúde Bucal da Criança

A	B	C	J	K	L	M	N
Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês							
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança que faltou à primeira consulta odontológica programática foi buscada?	A criança faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática?	A criança que faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática foi buscada?	O registro de saúde bucal da criança está atualizado?	A criança recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						

### Anexo III: Planilha de Coleta de Dados

#### Saúde Bucal da Criança

Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês				
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança recebeu orientação sobre dieta?	A mãe ou responsável recebeu orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			

**ANEXO IV – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

**Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde**

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

